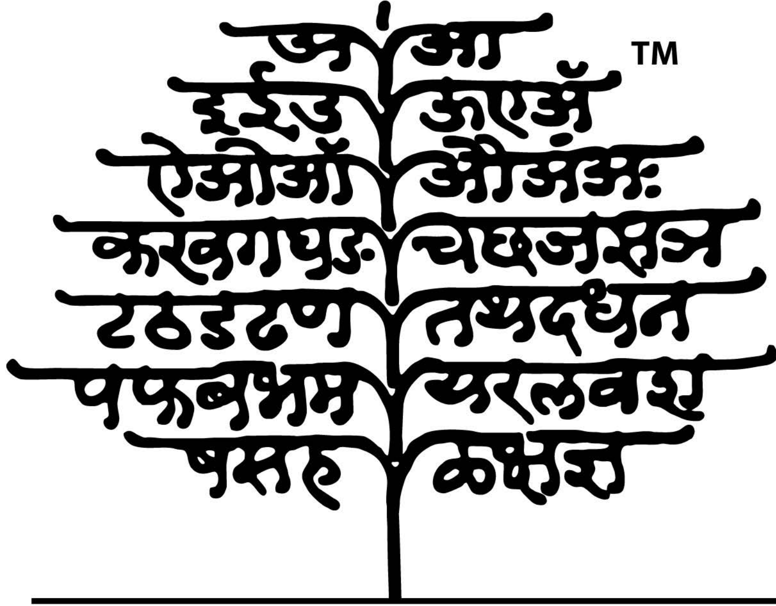
नवभारत

वर्ष ४३ । अंक ३ । डिसेंबर १९८९ (अग्रहायण–पौष, शके १९११)

अनुक्रमणिका







मराठीचा विकास : महाराष्ट्राचा विकास

राज्य मराठी विकास संस्थेद्वारे संगणकीकृत

अनुक्रमणिका



राज्य मराठी विकास संस्थेद्वारे संगणकीकृत



द्वारा प्राज्ञपाठशाळामंडळ, वाई



नोंदणी क्रं. एफ.१६०९४(मुंबई)





महाराष्ट्र शासन
मराठी भाषा विभाग
राज्य मराठी विकास संस्था
एल्फिन्स्टन तांत्रिक विद्यालय, ३, महापालिका मार्ग,
धोबीतलाव, मुंबई – ४००००१ दूरध्वनी : (०२२) २२६३१३२५ / २२६५३९६६
संकेतस्थळ https://rmvs.marathi.gov.in इ-पत्ता rmvs_mumbai@yahoo.com

निवेदन

राज्य मराठी विकास संस्था, मुंबई ही महाराष्ट्र शासनाने स्थापन केलेली स्वायत्त संस्था आहे. मराठी भाषा विभागाच्या पत्राप्रमाणे (संदर्भ क्र. मसंस २०१६/प्र.क्र.११५/२०१६/भाषा-२, दि. ३ जानेवारी, २०१७) राज्य मराठी विकास संस्थेद्वारे '**महाराष्ट्रातील मराठी संशोधन मंडळ/ संस्थांना अर्थसाहाय्य योजना**' कार्यान्वित करण्यात आली असून या योजनेअंतर्गत महाराष्ट्रातील मराठी भाषा, साहित्य व संस्कृती वृद्धिंगत होण्यासाठी काम करणाऱ्या महाराष्ट्रातील मान्यताप्राप्त मंडळ/ संस्थांना अर्थसाहाय्य करण्यात येते.

सदर प्रकल्पांतर्गत प्राज्ञपाठशाळामंडळ, वाई यांना राज्य मराठी विकास संस्थेद्वारे नवभारत मासिकांचे ऑक्टोबर १९४७ ते सप्टेंबर २०१७ पर्यंतच्या अंकांचे संगणकीकरण करून ते सार्वजनिकरीत्या आणि विनामूल्य उपलब्ध करून देण्यासाठी अर्थसाहाय्य करण्यात आले होते. याअंतर्गत सदर अंकांचे संगणकीकरण करण्यात आले असून **प्राज्ञपाठशाळामंडळ, वाई यांनी हे अंक जतन केलेले असल्यामुळेच आपल्याला संगणकीय स्वरूपात उपलब्ध होत आहेत.**

या अंकांच्या पीडीएफ प्रती आपण विनामूल्य उतरवून घेऊ शकता. असे करताना खालील सूचना लक्षात घेऊन त्यांचे पालन करावे.

१. सदर ग्रंथांच्या पीडीएफ प्रती या वैयक्तिक वापरासाठी विनामूल्य उतरवून घेता येतील तसेच इतरांनाही विनामूल्य देता येतील. पण कोणत्याही कारणासाठी त्याचा व्यावसायिक वापर करता येणार नाही.
२. सदर ग्रंथांचे दुवे इतरांना देताना त्यासाठी कोणतीही रक्कम आकारता येणार नाही.
३. पीडीएफ प्रतींवर असलेली राज्य मराठी विकास संस्था, मुंबई व प्राज्ञपाठशाळामंडळ, वाई यांची मुद्रा आपणास काढता येणार नाही.
४. आपल्या अभ्यासासाठी, संशोधनासाठी या सामग्रीचा उपयोग करताना आपण योग्य तो श्रेयनिर्देश केला पाहिजे.

वरील अटींचा भंग झालेला आढळल्यास कायदेशीर कारवाई करण्यात येईल.

स्पष्टीकरण : सदर सामग्री ही केवळ ऐतिहासिक दस्तऐवज म्हणून उपलब्ध करण्यात आली असून या सामग्रीतून व्यक्त होणारी मते, विचारसरणी इ. त्या त्या लेखक, संपादक इ. कर्त्यांची आहे. त्यांपैकी कोणतेही मत, विचारसरणी इ. यांचा पुरस्कार महाराष्ट्र शासन, मराठी भाषा विभाग, राज्य मराठी विकास संस्था व प्राज्ञपाठशाळामंडळ, वाई यांपैकी कुणीही करत नसून त्या त्या मताचे वा विचारसरणीचे दायित्व उपरोक्त विभागांवर असणार नाही.

अनुक्रमणिका

प्राज्ञपाठशाळा मंडळ, वाई संचालित मासिक

नवभारत

वर्ष ४३ । अंक ३ । डिसेंबर १९८९
अग्रहायण-पौष, शके १९११.
किंमत ७ रुपये. वार्षिक वर्गणी ६० रुपये.
आजीव सदस्य वर्गणी–
व्यक्ती : रु. ५००/– संस्था : रु. ७५०/–

राखीव जागा आणि वैद्यकीय शिक्षण : एक अभ्यास

संपादकीय पत्रव्यवहार :
मे. पुं. रेगे,
संपादक, 'नवभारत' मासिक,
द्वारा : प्राज्ञपाठशाळा मंडळ,
वाई–४१२ ८०३ (जि. सातारा)

व्यवस्थापकीय पत्रव्यवहार :
श्री. ग. दीक्षित,
व्यवस्थापक, 'नवभारत' मासिक,
द्वारा : दी प्राज्ञ प्रेस, वाई–४१२ ८०३.
(जि. सातारा)

महाराष्ट्र राज्य साहित्य आणि संस्कृती मंडळाने या नियतकालिकासाठी 'स्थायी निधी' निर्माण केला आहे आणि अनुदानही दिले आहे.





अनुक्रमणिका

नवभारत

डिसेंबर १९८९

(राखीव जागा आणि वैद्यकीय शिक्षण : एक अभ्यास)

अ नु क्र म

संपादकांचे प्रास्ताविक

प्रस्तावना

ऋणनिर्देश

१. अभ्यासाची उद्दिष्टे, व्याप्ती व पद्धती १

२. राखीव गटातील विद्यार्थ्यांच्या गुणवत्तेचे मूल्यमापन ९

३. दलित / मागासवर्गीय डॉक्टरांचे विश्व ३३

४. दलित / मागासवर्गीय डॉक्टर : सामाजिक बदलाची व्यापक प्रक्रिया ६०

५. राखीव जागांचे प्रयोजन व त्यांची फेररचना ७९

अभ्यासकांचा परिचय

■ **वसंत पळशीकर** : 'समाज प्रबोधन पत्रिके'चे काही काळ संपादक; विविध सामाजिक–राजकीय विषयांचे आणि समस्यांचे व्यासंगी अभ्यासक. निवास : अ-७, प्राध्यापक निवास, बोरावके महाविद्यालय, श्रीरामपूर–४१३ ७०९.

■ **विद्या पटवर्धन** : अँथ्रपॉलॉजी (मानवशास्त्र) या विषयात पदव्युत्तर शिक्षण झाल्यावर शिक्षणशास्त्र शाखेत एम.फिल. पदवी. सध्या पर्यावरणविषयक प्रबोधनाचे कार्य करणाऱ्या 'परिसर' गटात सक्रिय सहभाग. निवास : 'यमुना,' आय. सी. एस. कॉलनी, गणेशखिंड रोड, पुणे–४११ ००७.

⊙ ⊙ ⊙

प्रास्ताविक

दलित/मागासवर्गीय विद्यार्थ्यांसाठी वैद्यकीय महाविद्यालयांत राखून ठेवण्यात येणाऱ्या जागांचा लाभ घेऊन, शिक्षण संपादन करून वैद्यकीय व्यवसाय करणाऱ्या व्यक्तींचा हा 'पथदर्शक' अभ्यास प्रसिद्ध होत आहे ही स्वागतार्ह गोष्ट आहे. कै. अ. भि. शहा ह्यांनी पुढाकार घेऊन स्थापन केलेल्या इन्डियन असोसिएशन फॉर कल्चरल फ्रीडम (आय्. ए. सी. एफ्.) ह्या संघटनेने विनंती केल्यावरून श्री. वसंत पळशीकर आणि श्रीमती विद्या पटवर्धन ह्यांनी हा अभ्यास हाती घेतला आणि त्यांच्यापासून अपेक्षित असलेल्या निष्ठेने, जिद्दीने आणि साक्षेपाने तडीस नेला. अत्यंत जटिल आणि दुर्दैवाने स्फोटक ठरलेल्या 'राखीव' जागांच्या समस्येविषयीचा असा अभ्यास आय्.ए.सी.एफ्.ने प्रसिद्ध करावा असा आग्रह संघटनेचे एक विश्वस्त कै. अ. ना. नारळकर यांचा विशेषेकरून होता. त्यांच्या प्रेरणेमुळे आणि त्यांनी देऊ केलेल्या आर्थिक साहाय्यामुळे एका नाजूक समस्येच्या एका पैलूवरील हा समतोल, सर्वांगीण आणि वस्तुनिष्ठ अभ्यास जिज्ञासूंपुढे ठेवता येत आहे. तो प्रसिद्ध झालेला पहायला आज नारळकर आपल्यात नाहीत ही संघटनेतील त्यांच्या सहकाऱ्यांच्या दृष्टीने अत्यंत दुःखद गोष्ट आहे.

ह्या अभ्यासाला मी प्रास्ताविक लिहावे अशी पळशीकर ह्यांनी मला विनंती केली होती. पण तो वाचल्यानंतर असे प्रास्ताविक मी लिहिणे म्हणजे वाचक आणि हा अभ्यास ह्यांच्यामध्ये एक पडदा उभा करण्यासारखे ठरेल असे मला वाटले. तेव्हा त्यांना अपेक्षित असलेली प्रस्तावना मी न लिहिणे योग्य ठरेल असा माझा निर्णय झाला. हा अभ्यास मला आदर्शवत् वाटतो. तेव्हा वाचकाला, मध्ये कोणताही अडसर ओलांडावा न लागता, सरळ त्याच्याकडे जाऊ देणेच हितकर आहे. (तेव्हा ह्या औपचारिक प्रास्ताविकाचा उरलेला भाग वाचायचा प्रयास न घेता वाचकांनी पहिल्या प्रकरणाकडे जावे हे योग्य ठरेल. ज्यांना हा अंक सबंध वाचल्याचे श्रेय हवे असेल त्यांनी प्रास्ताविकाचा उरलेला भाग अभ्यासाचे वाचन पुरे केल्यावर वाचावा.)

हा अभ्यास मी आदर्शवत् मानतो ह्याची कारणे अशी : अधिक न्याय्य अशी समाजव्यवस्था सिद्ध करण्याचा एक उपाय म्हणून मागासवर्गीयांसाठी राखीव जागांची तजवीज करण्यात आली आहे. ह्या अधिक न्याय्य समाजव्यवस्थेच्या स्वरूपाचे घटक कोणते ? एक तर समाजातील सर्व व्यक्तींना समान संधी असली पाहिजे. आधुनिक परिस्थितीत समान संधी म्हणजे शिक्षण घेण्याची, कोणत्याही व्यवसायात प्रवेश करण्याची आणि स्वतःच्या कर्तबगारीच्या बळावर स्वतःची भरभराट साधण्याची समान संधी. पण ह्याबरोबरच सर्व व्यक्तींची मूलभूत सामाजिक प्रतिष्ठाही समान असली पाहिजे. अधिक गुणवत्ता किंवा कर्तबगारी अंगी असलेल्या व्यक्तींची, ह्या कारणासाठी, अधिक कदर करण्यात आली, त्यांना अधिक आदराने वागविण्यात आले तर ते आपण अन्याय्य मानत नाही. उलट, न्याय्यच मानतो. तेव्हा प्रथमच उपलब्ध झालेल्या शैक्षणिक आणि व्यावसायिक संधींचा लाभ घेऊन मागासवर्गीय व्यक्तींनी ज्या प्रमाणात गुणवत्ता साधलेली असेल आणि कर्तबगारी दाखविलेली असेल त्या प्रमाणात सर्वसाधारण समाजात त्यांना आदराचे, गौरवाचे स्थान मोकळेपणे प्राप्त झालेले असणे हे न्यायाला अनुसरून आहे. मागासवर्गीयांची मागणी ही केवळ वैयक्तिक भरभराट करून घेण्यासाठी त्यांना समान संधी असावी एवढ्यापुरती मर्यादित नाही. तर शिक्षित, प्रतिष्ठित समाजात समानतेच्या नात्याने आपली स्थापना व्हावी अशा व्यापक स्वरूपाची आहे. पळशीकर आणि पटवर्धन ह्या अभ्यासकद्वयाला ह्याची स्पष्ट जाणीव आहे.

ज्या सामाजिक परिस्थितीच्या पार्श्वभूमीवर राखीव जागांची मागणी मागासवर्गीयांकडून पुढे आली आणि स्वातंत्र्याच्या आंदोलनातून उदयाला आलेल्या राजकीय नेतृत्वाने मान्य केली आणि तिला

अनुक्रमणिका

अनुसरून व्यवहार आखला तिचे विश्लेषण त्यांनी प्रारंभी केले आहे. मागासवर्गीयांना राखीव जागांच्या स्वरूपात दिलेल्या विशेष संधीचा परिणाम म्हणून प्रगत वर्गांच्या संधीचा अपरिहार्यपणे संकोच होतो. ह्यामुळे राखीव जागांची तजवीज करण्याच्या एकंदर धोरणाकडे बघण्याची प्रगत वर्गातील अनेकांची दृष्टी कलुषित बनते. पण ह्याबरोबरच हे धोरण तडकाफडकी बदलणे आजच्या राजकीय परिस्थितीत शक्य नाही ह्याची जाणीवही त्यांना असते. अशा वैफल्यग्रस्त मानसिक अवस्थेत राखीव जागांचा लाभ घेणाऱ्या विद्यार्थ्यांची बुद्धिमत्ता, अवघड अभ्यासक्रम समाधानकारकपणे पार पाडण्याची त्यांची कुवत, त्यांची व्यावसायिक गुणवत्ता आणि कार्यक्षमता ह्यांच्याविषयीचे अनेक प्रवाद प्रगतवर्गीयांत प्रचलित होतात. ह्याच्या उलट, उच्च जातींनी आपल्यावर, म्हणजे कनिष्ठ जातींवर ऐतिहासिक अन्याय केलेला आहे, त्यांनी जाणीवपूर्वक शिक्षणाची आणि प्रगतीची संधी आपल्यापासून हिरावून घेतली होती, आपण संघर्ष करून मर्यादित प्रमाणात का होईना, ती हस्तगत केली आहे, तिचे जतन केले पाहिजे आणि समाजात पूर्ण समानता स्थापन होईपर्यंत हा उच्चवर्गीयांविरुद्धचा संघर्ष चालू ठेवला पाहिजे असे अनेक मागासवर्गीयांचे, आपला इतिहास, परिस्थिती आणि भविष्य ह्यांच्याविषयीचे दर्शन आहे. सामाजिक न्याय आणि समग्र समाजाचे सर्वंकष हित ह्यांचा परिपोष करण्यासाठी म्हणून सामाजिक सहमतीवर (कॉन्सेन्सस) आधारलेली एक विशिष्ट उपाययोजना म्हणून राखीव जागांकडे पाहिले जाण्याऐवजी वर्गसंघर्षाच्या दृष्टीतून तिच्याकडे पाहण्यात येते. आणि हीच दृष्टी सामाजिक वास्तवतेचे भान राखणारी दृष्टी आहे असे मानणाऱ्या आणि तिचे समर्थन करणाऱ्या विचारप्रणालीही प्रचलित आहेत. एवढेच नव्हे. मागासवर्गीय जाती-जमाती हा समाजाचा एकसंध असा घटक नाही. सामाजिक परंपरा आणि काही ऐतिहासिक कारणे ह्यांच्यामुळे भिन्न जाती भिन्न सांस्कृतिक पातळ्यांवर असल्याचे आढळून येते. म्हणजे राखीव जागांचा लाभ उठविण्याची पात्रता भिन्न जातींमध्ये वेगवेगळ्या प्रमाणांत असते. ह्यामुळे आपल्यातील काही थोड्याच जाती-जमाती राखीव जागांचा फायदा घेऊन आपली प्रगती साधीत आहेत, आपण आहोत तेथेच आहोत अशी वैषम्याची आणि असूयेची भावना अनेक मागासवर्गीय जाती-जमातींच्या प्रवक्त्यांकडून व्यक्त होते. ज्यांना मदतीचा हात देण्यासाठी म्हणून ही योजना राबविली जात आहे त्यांच्यातच तिच्यामुळे सामाजिक संघर्षाची बीजे रोवली जातात.

पळशीकर आणि पटवर्धन ह्यांनी ह्या सर्व गुंतागुंतीचे भान राखून आणि स्वतःची अलिप्तता राखून वैद्यकीय शिक्षणाच्या संदर्भात राखीव जगांच्या धोरणाचे नेमके कोणते परिणाम होत आहेत ह्याचे वस्तुनिष्ठ दर्शन ह्या अभ्यासाद्वारे आपल्याला घडविले आहे. अशा अनुभवाधिष्ठित (इम्पीरिकल) अभ्यासात जी संख्या-शास्त्रीय शिस्त पाळावी लागते ती त्यांनी कसोशीने पाळली आहे. पण ह्या अभ्यासाचे जे वैशिष्टय मला जाणवते ते हे, की ज्या विशिष्ट आणि व्यापक सामाजिक साध्यांसाठी म्हणून राखीव जागांचे धोरण राबविण्यात येत आहे त्यांच्याविषयी अभ्यासकांना उत्कट आस्था आहे. ह्यामुळे ह्या साध्यांच्या संदर्भात ह्या धोरणाचे एकंदर काय परिणाम होत आहेत ह्याविषयी नेमके प्रश्न त्यांनी उपस्थित केले आहेत आणि त्यांची, मिळविलेल्या पुराव्याच्या आधारे स्पष्ट उत्तरे दिली आहेत. माणसांची प्रतिष्ठा आणि समता व सामाजिक न्याय ह्या मूल्यांना असलेली बांधिलकी आणि वस्तुनिष्ठ दृष्टीने परिस्थितीकडे पाहण्यासाठी आवश्यक असलेली बौद्धिक शिस्त ह्यांचा मेळ ह्या अभ्यासात घडून आला आहे. ह्यामुळे तो आदर्शवत् आहे असे मला वाटते.

आय्. ए. सी. एफ्. चा अध्यक्ष ह्या नात्याने पळशीकर आणि पटवर्धन ह्यांनी हा अभ्यास सिद्ध करण्या-साठी जे परिश्रम घेतले त्याबद्दल मी त्यांचे आभार मानतो आणि वाचकांपुढे तो सादर करतो.

— मे. पुं. रेगे



अनुक्रमणिका

प्रस्तावना

विधिमंडळे आणि लोकसभा यांमध्ये अनुसूचित जाती व अनुसूचित जमाती यांच्यासाठी असलेल्या राखीव जागांच्या तरतुदीस पुन्हा मुदतवाढ द्यावी की नाही, हा मुद्दा १९९० साली संसदेपुढे यावयाचा आहे. एकंदर राखीव जागांच्या विषयावरील उलटसुलट चर्चेस त्या सुमारास जोर चढेल. उच्च तांत्रिक शिक्षण-शाखांमध्ये प्रवेश, छात्रवृत्त्या व इतर सवलती, सबसिडी, नोकऱ्याचाकऱ्या व बढत्या इत्यादी बाबींमध्ये जे 'झुकते माप' यांना दिले जात आहे त्यावरूनचा असंतोष या खेपेस अधिक तीव्र स्वरूपात प्रकट होईल. कारण हा साराच विषय नाजूक व स्फोटक बनलेला आहे.

समता व न्याय या तत्त्वांवर एकात्म समाजाच्या निर्मितीची प्रक्रिया प्रौढ मताधिकाराधिष्ठित लोकशाहीच्या स्वीकाराने येथे सुरू झाली खरी. पण वंचित व मागास समाजघटकांना मदतीचा विशेष हात दिला नाही तर ही प्रक्रिया फार मंद गतीने होईल; इतकेच नव्हे, तर कदाचित ती घडून येण्यातही अडथळे निर्माण होतील या गोष्टीचेही भान घटनाकारांना होते. म्हणून केवळ विशेष स्वरूपाचे साहाय्य देण्यावर समाधान न मानता लोकसंख्येतील टक्केवारीशी मिळत्याजुळत्या प्रमाणात जागा राखून ठेवण्याची गरज मान्य केली गेली. एकात्म समाजाच्या निर्मितीची प्रक्रिया अधिक गतिमान करण्यासाठी वेगवेगळ्या प्रकारे झुकते माप देणे आवश्यक आहे यासंबंधी व्यापक एकमत होते.

शिक्षणशाखांमधील प्रवेश, नोकऱ्याचाकऱ्या, बढत्या या क्षेत्रांमध्ये जागा राखून ठेवण्याचा अटळ परिणाम असा होतो की, झुकते माप दिले न गेलेल्या जातिजमातींसाठी असलेल्या खुल्या जागांची संख्या व प्रमाण यांत घट होते. शिक्षण, रोजगार व आर्थिक लाभ ह्या संधींमध्ये मोठ्या प्रमाणात सतत वाढ होत राहील इतका अर्थव्यवस्थेचा विस्तार होत राहिला तर अशी घट होण्याचा आघात फार जाणवणार नाही. पण जर संधींचा लाभ घेऊ इच्छिणाऱ्यांची संख्या वेगाने वाढत असताना संधी मंद गतीने वाढत/मिळत गेल्या, तर आघात तीव्र स्वरूपात जाणवतो.

काही विशेष शाखांमधील राखीव जागांमुळे शिक्षणरूपी भांडवलाचा संचय करण्याच्या संधी कमी होतात, नोकऱ्याचाकऱ्या व बढत्या यांच्या संधीही कमी होतात, ही गोष्ट कोणाला नाकारता येणार नाही. समता व सामाजिक न्याय या तत्त्वांच्या आधारे सर्वसाधारण पातळीवर राखीव जागांच्या तरतुदींचे समर्थन करता येत असले तरी, व्यक्तिगत व कौटुंबिक पातळीवर अनेकांना निराशा पदरात घ्यावी लागते, ही वस्तुस्थिती उरतेच.

स्वातंत्र्य मिळाले तेव्हा झुकते माप देण्यावरून समाजाच्या वरिष्ठ जातींमध्ये व वर्गांमध्ये जे सामंजस्य होते ते आज उरलेले नाही. राखीव जागा ताबडतोब बंद करायला हव्यात असे खासगीत मत असणाऱ्या मंडळींची संख्या फार मोठी आहे. पण राजकीय दृष्ट्या ते शक्य नाही हे लक्षात येते. त्यामुळे

असंतोष खदखदत राहतो. उद्रेकांच्या रूपाने क्षुल्लक निमित्ताने तो विध्वंस करीत राहतो. समाजातले वातावरण कडवट व गढुळलेले बनते.

दुसऱ्या एका अंगानेही सामंजस्य भंग पावले आहे. पूर्वास्पृश्य व आदिवासी यांच्यासाठीच जागा राखून ठेवण्याची गरज आहे असे नसून शैक्षणिक, आर्थिक व सामाजिक मागासलेपणाच्या निकषावर 'इतर मागासवर्गीय' अशी कोटी एकदा निर्माण केल्यावर, आपल्या जातीचाही समावेश या कोटीत व्हावा अशी मागणी पुढे येत राहिली आहे. मुस्लिम, ख्रिश्चन, शीखधर्मीय समाजांमधील काही गट, आपण कधीकाळी पूर्वास्पृश्य होतो सबब आपणासही पूर्वास्पृश्यांना मिळतात त्या सर्व गोष्टी मिळायला हव्यात, असे म्हणू लागले आहेत. राखीव जागांचे एकंदर प्रमाण एक-दोन राज्यांमध्ये ५० टक्क्यांवर गेल्यावर कोर्टकचेरीही त्यावरून झाली आहे. राखीव जागा आम्हालाही मिळाव्यात या वाढत्या मागणीचा व्यवस्थेवरचा ताण वाढला आहे.

एवढ्यावरच गोष्टी थांबलेल्या नाहीत. आपणास अमुक इतक्या टक्केवारी जागा मिळाव्यात, ज्या गटात आमचा समावेश आहे त्या गटातील इतरच लोणी फस्त करतात तेव्हा आम्हाला वेगळी टक्केवारी ठरवून द्यावी, आमचा समावेश 'इतर मागासवर्गीयां'त वा 'भटक्या-विमुक्त जमातीं'त आहे तो 'आदिवासी' गटात केला जावा, अशा मागण्याही केल्या जात आहेत. म्हणजेच, ज्यांना राखीव जागा मिळत आहेत त्यांच्यातही आपापसात एकवाक्यता व सामंजस्य आढळून येत नाही.

एकंदरीत स्थिती चिंता करण्यासारखी आहेच. यातून मार्ग काढण्याची निकड मोठी आहे. भारताची राज्यघटना तयार करतेवेळी ज्या प्रकारे सामंजस्य व एकमत या मुद्द्यावरून प्रस्थापित झालेले होते तसे ते पुनरपि प्रस्थापित होणे अगत्याचे आहे.

राखीव जागा आणि तत्सम अन्य तरतुदी यांची अनेक जातिजमातींना अद्यापिही गरज आहे अशी आमची स्पष्ट भूमिका आहे. तसेच केवळ आर्थिक मागासलेपणा हा एकमेव निकष ठरविणे इष्ट नाही असेही आमचे मत आहे. जातिव्यवस्थेने उच्चवर्णीय व वरिष्ठवर्गीयांचे एका विशिष्ट आशयाचे मानस घडविले आहे; काही काही जातिजमातींच्या लोकांजवळ बुद्धी व क्षमता किती असते, कोणते व्यवसाय वा कोणती कामे करण्याची त्यांची योग्यता असते/नसते याविषयीच्या धारणा आजही ठाम व खोलवर रुजलेल्या आढळतात. इतर जातिजमातींविषयी असलेल्या दुराव्याच्या भावनेमुळे सामाजिक/धार्मिक-सांस्कृतिक अंतरामुळे आपल्या जातीपुरते, गोतावळ्यापुरते पाहण्याची वृत्ती असल्यामुळे पूर्वग्रह बनण्यास मदतच होते. निष्पक्षपाती बुद्धीने, समता व न्याय या तत्त्वांचा अंगीकार करून आपणहोऊन वंचित व मागास जातिजमातींमधील व्यक्तींना न्याय दिला जाणे अवघड आहे. जातीच्या निकषाऐवजी आर्थिक दृष्टचा दुबळे व फार तर शैक्षणिक दृष्टचा मागास या दोनच कसोटचा स्वीकारल्यास सवर्ण हिंदू समाजातीलच व्यक्तींना झुकते माप दिले जाण्याची शक्यता फार. तेव्हा, जातिजमातीचा, अल्पसंख्याक असण्याचा असे विवक्षित आर्थिकेतर, शिक्षणेतर निकष बराच काळ स्वीकारावे लागतील.

जातजमात हा मुख्य निकष म्हणून मान्य केल्यावर, झुकते माप त्या त्या जातिजमातीमधील कोणत्या कुटुंबातील कोणत्या व्यक्तीस मिळावे हे ठरविण्यास इतर कोणते निकष वापरावयास हवेत, याचा विचार अधिक खोलात व तपशीलात जाऊन करण्याची मात्र आज गरज व तातडीची निकड निर्माण झाली आहे. मुळात राखीव जागा व अन्य तरतुदी निश्चित केल्या त्या वेळी ढोबळ स्वरूपातच विचार झालेला दिसतो. राखीव जागांच्या तरतुदीमुळे शिक्षणाच्या व नोकऱ्याचाकऱ्यांच्या क्षेत्रांत आपणास नेमके काय साधावयाचे याची जशी स्पष्टता नव्हती, तशी या तरतुदी दीर्घकाल राबवल्यानंतरही जे काही साधले जाईल त्याची काय मर्यादा असेल याचाही विचार झाला नाही. या प्रकारच्या त्रुटी दूर करून घेण्याची आज गरज आहे.

गेल्या चाळीस वर्षांमध्ये देशामध्ये जे राजकीय, सामाजिक व आर्थिक स्थित्यंतर घडून आले आहे, त्यामुळे झुकत्या मापाचा लाभ मिळालेल्या जातिजमातींच्या स्थितीतही अंतर पडले आहे. हे अंतर सर्व जाति-




अनुक्रमणिका

जमातींच्या बाबतीत वा एकेका जातिजमातीमध्ये सर्व कुटुंबांच्या बाबतीत सारखेच पडलेले नाही ही गोष्ट उघड आहे. बदल केवळ आर्थिक परिस्थितीत झालेला आहे असे नाही. खेडी व शहरे, दोन्ही ठिकाणचे सामाजिक व्यवहार, जीवनाची धाटणी, व्यावसायिक चित्र यांच्यात मोठे अंतर पडले आहे. जात व व्यवसाय यांचा संबंध, जात व समाजातले स्थान व मिळणारी वागणूक यांतही अंतर पडले आहे. हे बदललेले वास्तव ध्यानात घेऊन राखीव जागा व इतर तरतुदींमध्ये कोणते बदल करावयास हवेत याचा विचार करण्याची निकड आहे.

थोडक्यात, राखीव जागा व अन्य तरतुदी यांची फेररचना करणे जरुरीचे आहे; आणि या फेररचने-मुळे राखीव जागा व अन्य सवलतींबाबतचे धोरण तेच राहिले तरी, मोठा गुणात्मक फरक पडेल. अशी फेररचना कोणत्या तत्त्वांवर व पद्धतीने करावी याविषयी विधायक सूचना करण्याचा असा पुनर्घटित आराखडा सादर करण्याची जबाबदारी प्रामुख्याने राखीव जागासमर्थकांची आहे.

राखीव जागांची तरतूद कायम ठेवून उद्या जर त्याबाबतच्या तरतुदींची फेररचना करावयाची झाली तर बदलते सामाजिक वास्तव आणि आज या तरतुदींच्या राबवणुकीतून हाती आलेली फलिते, प्रकट झालेली तथ्ये समाजासमोर सतत येत राहणे, त्यावर चर्चा होत राहणे अत्यावश्यक आहे. दुर्दैवाने, राखीव जागांचा लाभ घेऊन उच्च तांत्रिक शिक्षण घेतलेल्या व्यक्ती त्यांच्या त्यांच्या नोकरी-व्यवसायांत समाधानकारक कामगिरी बजावीत आहेत की नाहीत, सर्वसाधारण समाजाने त्यांना स्वीकारले आहे की नाही, त्यांची आर्थिक स्थिती काय आहे या-विषयी अभ्यास झालेले नाहीत. राखीव जागांचा लाभ घेऊन नोकऱ्यांमध्ये प्रविष्ट झालेल्या वा त्याच तत्त्वावर बढती मिळालेल्या व्यक्तींच्याही कामगिरीविषयी, सामाजिक समरसतेविषयी अभ्यास फारसे झालेले नाहीत.

राखीव जागांचे समर्थन करणाऱ्यांचा भर, अद्यापिही प्रथम व द्वितीय श्रेणींच्या नोकऱ्यांमध्ये दलित / मागासवर्गीयांची भरती किती अल्प आहे ही गोष्ट दाखवून देण्यावर अधिक राहिलेला आढळतो. या आकडे-वारीचा आधार घेऊन, राखीव जागांची तरतूद नसेल तर सवर्ण हिंदू समाज आपण होऊन कधीच न्याय देणार नाही असा युक्तिवाद करून राखीव जागा चालू राहिल्याच पाहिजेत असा निष्कर्ष काढला जातो. या युक्तिवादात तथ्य आहे ही गोष्ट आम्ही वर सांगितली आहे. पण झुकते माप देण्याचे धोरण अंगीकारण्याची उदार न्यायी भूमिका याच समाजाने गेली चाळीस वर्षे बऱ्यापैकी राबविली आहे या वस्तुस्थितीची पुरेशी दखल मात्र घेतली जात नाही. तसेच या धोरणाच्या अंमलबजावणीमुळे उच्चशिक्षित पांढरपेशा व्यावसायिक व नोकरदार वर्गांत भरती झालेला जो एक समुदाय आकारास आला आहे त्यामुळे घडून आलेल्या स्थित्यं-तराचीही पुरेशी नोंद घेतली जात नाही.

दुसऱ्या बाजूला, राखीव जागांमुळे आपल्याला उपलब्ध संधींचा संकोच होतो याबद्दलचा राग व वैफल्य दर्शविण्याच्या प्रतिक्रियेपलीकडे सवर्ण हिंदू व इतरधर्मीय समाज जाताना दिसत नाही. त्यांच्या या प्रतिक्रियेला व्यापक सामाजिक संदर्भाचे परिमाण नसल्यानेच 'सरकारचे जावई' सारखे शेरे जन्माला येतात. दलित मागासवर्गीय जातिजमातींमधून येणाऱ्या व्यक्तींनी कनिष्ठ दर्जाचे व्यवसायच करावेत असे सर्वसाधारण बंधन पारंपरिक जातपातधिष्ठित समाज-व्यवस्थेत होते. ही गोष्ट मनाच्या खोल कप्प्यामध्ये ठेवून उच्च दर्जाचे व्यावसायिक-तांत्रिक शिक्षण घेण्याची, पुढे जाऊन असे व्यवसाय करण्याची वा उच्च श्रेणीची अधिकारपदे सांभाळण्याची क्षमताच या लोकांमध्ये नसते असा निवाडा सोईस्करपणे मग केला जातो; व्यवसायाविषयीचे बंधन हे क्षमतेशी नव्हे तर जन्मजात जातीशी निगडित होते याचे विस्मरण होते. याच्या मुळाशी संधींच्या संदर्भातील वैफल्य, भीती व राग याच गोष्टी वस्तुतः आहेत. यातूनच मग अनेक प्रवाद प्रसृत होतात, केले जातात.

सामंजस्य व एकमत यांच्या आड येणाऱ्या या वातावरणात बदल घडवून आणावयाचा असल्यास पुनःपुन्हा राखीव जागांचे सरसकट खंडन वा मंडन करीत राहण्याच्या पलीकडे वादसंवाद नेला पाहिजे. त्यासाठी झुकते माप दिल्यामुळे घडून आलेल्या स्थित्यंतराचे, या धोरणामुळे हाती आलेल्या फलितांचे सर्वेक्षणां-

अनुक्रमणिका

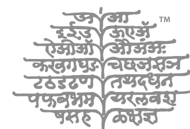
द्वारा व अन्य मार्गांनी विधायक चित्रण करण्यावर व समस्येच्या बदलत चाललेल्या परिमाणावर लक्ष केंद्रित करावयास हवे.

राखीव जागांचा लाभ घेऊन डॉक्टर झालेल्या दलित/मागासवर्गीय डॉक्टरांचा प्रस्तुत पथदर्शक अभ्यास हाती घेण्यामागे या विषयावरील वादसंवादाच्या कक्षा उदार, विस्तृत व विधायक बनविण्याचा उद्देश आहे. या एका अभ्यासाने भागणार नाही हे सांगण्याची गरज नाही. अनेक अंगांनी व वेगवेगळ्या पातळ्यांवर असे लहान-मोठे अभ्यास हाती घेतले जाण्याची आवश्यकता आहे. राखीव जागांच्या तरतुदीची आणखी बरीच वर्षे आवश्यकता आहे असे मानणाऱ्या व्यक्ती, गट, संघटना व संस्था असे अभ्यास हाती घेतील अशी आम्ही आशा बाळगतो.

आम्ही हाती घेतलेल्या या एका अगदी लहान, मर्यादित अभ्यासातूनही अनेक मुद्दे पुढे आल्याचे दिसून येतील. जातिजमातींचा निकष एक आवश्यक निकष असला तरी केवळ तो एकच निकष वापरल्यास त्या त्या जातिजमातींमधील खऱ्या वंचित, दुबळ्या व मागास कुटुंबांमधील मुलामुलींना झुकते माप मिळणे यापुढच्या काळात बंद होईल ही एक गोष्ट ध्यानात येते. म्हणजेच, सत्पात्र व्यक्तींच्या पदरात झुकते माप पडावयाचे असल्यास निवडीसाठी इतरही निकषांची जोड द्यावी लागेल. राखीव जागा लाभधारक जातिजमातींचे आज चार गट पाडलेले आहेत. या गटवारीचा अनुसूचित जाती, अनुसूचित जमाती, भटक्या–विमुक्त जातिजमाती, आणि इतर मागासवर्गीय याप्रमाणे केलेल्या गटवारीचा ढोबळपणा ही अशीच लक्षात येणारी एक ठळक गोष्ट आहे. दुबळ्या व मागास जातिजमातींची असमान अवस्था आणि लोकसंख्येच्या दृष्टीने त्यांचे अत्यंत विषम बलाबल यांतून काही प्रश्न निर्माण होतात, ज्यांची दखल घेणे न्यायाच्या दृष्टीने अगत्याचे आहे. राखीव जागा तरतुदीचा लाभ मिळालेल्या मंडळींपैकी अनेकांची स्थिती इतकी सुधारते की, आपल्या मुलांना झुकते माप दिले जाण्याची वास्तविक गरज नाही असे त्यांचे त्यांनाच वाटते. राखीव जागांच्या तरतुदीचे हे फार मोठे विधायक फलित आहे. या बदलल्या स्थितीची दखल घेण्याच्या दृष्टीने, राखीव जागांचा व इतर तरतुदींचा लाभ घेण्यास अशी कुटुंबे अपात्र ठरविणारी पुनर्रचना करणे अगत्याचे आहे. प्रस्तुत अभ्यासामधून असे इतरही मुद्दे पुढे आलेले आहेत. त्याची चर्चा आम्ही अहवालात योग्य जागी विस्ताराने केली आहे.

शेवटी एका मुद्द्याकडे लक्ष वेधणे आम्हाला आवश्यक वाटते. स्वातंत्र्य मिळाल्यानंतर सर्वसंगतीने, सामंजस्याने झुकते माप देण्याचे धोरण अंगिकारले गेले आणि गेली चाळीस वर्षे ते सातत्याने राबविले गेले या दोन्ही गोष्टींचे महत्त्व कमी लेखता कामा नये. एकंदर सर्व तरतुदींपैकी काही तरतुदींची अंमलबजावणी सदोष वा अधुरी राहिली आहे, स्थानिक पातळीवर नेहमीच प्रामाणिक व चोख अंमलबजावणी झालेली नाही, या दोन्ही गोष्टी खऱ्या. पण राष्ट्रीय पातळीवरून सारासार विचार केला तर सामाजिक न्यायाच्या प्रस्थापनेच्या दिशेने गाजावाजा न होता, पडद्याआड वाटचाल चाललेली आहे. या वाटचालीचे सूचन या अभ्यासामधून दिसून येते. दलित/मागासवर्गीयांनी सतत कायम ठेवलेल्या दबावाला याचे श्रेय जरूर आहे. पण याचे मोठे श्रेय स्वातंत्र्यचळवळीच्या काळात दृढपणे रुजविलेल्या लोकशाही समाजवादी मूल्यांना दिले पाहिजे. सवलती न मिळणाऱ्या सवर्ण हिंदू समाजात तुल्यबल अशा वंचित, दुबळ्या व मागास समुदायांची/कुटुंबांची संख्या सर्वदूर व फार मोठी आहे हे वास्तव ध्यानात घेतले म्हणजे राज्यकर्त्यांपुढील आव्हान किती मोठे होते व आहे, याची सम्यक कल्पना येईल.

राखीव जागांच्या समर्थकांनी सवर्ण हिंदू समाज हा जणू आपला कायमचा शत्रू आहे अशी वृत्ती प्रकट करण्याने, तसेच ह्या प्रकारची आक्रमक, अधिक्षेपाची भूमिका घेण्याने प्रश्न अधिक चिघळेलच. ज्या देशात दारिद्र्यरेषेखालील लोकांचे प्रमाण निम्म्याहूनही अधिक आहे त्या देशात जातिजमातींचा निकष वापरून काहींना झुकते माप देण्याचे धोरण राबविणे ही मुळातच सार्वत्रिक नाराजी व दुःस्वास उत्पन्न करणारी, तणावाला चटकन आमंत्रण देणारी गोष्ट आहे हे जाणले पाहिजे. या पार्श्वभूमीवर जर राखीव जागा व अन्य तरतुदी चालू ठेवावयाच्या असतील–त्यांची आवश्यकता आम्ही प्रतिपादली आहेच–तर ती गोष्ट परस्परांमध्ये





शत्रुभाव वाढवून, संघर्ष उपस्थित करून साध्य करण्याचा प्रयत्न दूरदृष्टचा आत्मघातकी ठरेल. उलटपक्षी, सवर्ण हिंदू समाज तसेच मुस्लिम, ख्रिश्चन यांसारखे अन्यधर्मीय समाज यांच्यातील वंचित, दुबळचा व मागास लोकांनाही झुकते माप देण्याची गरज ओळखून, सहानुभावाने या साऱ्याच विषयासंबंधी विधायक दृष्टीने पुर्नविचार करण्याची भूमिका घेतल्यास सामंजस्याने व एकमताने पाऊल पुढे टाकता येण्याची शक्यता पुष्कळ वाढेल.

अशा समंजस विधायक भूमिकेमधून राखीव जागा व अन्य तरतुदी यांची पुनर्घटित व्यवस्था लावण्याच्या दिशेने प्रस्तुत अभ्यासाच्या अहवालामुळे विचार करण्यास चालना मिळाली तर आमचे परिश्रम कारणी लागतील, अशी आमची भावना आहे.

विद्या पटवर्धन
वसंत पळशीकर

ऋणनिर्देश

राखीव जागांच्या प्रश्नांबाबत समर्थकांकडून वा विरोधकांकडून मांडली जाणारी ठाम आग्रही मते अनेकदा अभ्यासपूर्ण माहिती व आकडेवारी यांवर आधारलेली नसतात. अशा वस्तुनिष्ठ अभ्यासाची उणीव इंडियन असोसिएशन फॉर कल्चरल फ्रीडम या संस्थेच्या सदस्यांना वारंवार जाणवत असे. त्यामुळे अशा प्रकारचा अभ्यास हाती घेण्यात यावा अशी कल्पना निघाली. या अभ्यासाची संधी त्यांनी आम्हाला दिली, याबद्दल इंडियन असोसिएशन फॉर कल्चरल फ्रीडम, पुणे या संस्थेचे प्रथम आभार मानतो.

या प्रश्नाचा विशेष अभ्यास केलेल्या व्यक्तींशी केलेली सल्लामसलत आमच्या अभ्यासाच्या आखणीसाठी अतिशय उपयुक्त ठरली. यांमध्ये डॉ. सुमा चिटणीस, श्री. रा. प. नेने आणि श्री. विलास वाघ यांचा आवर्जून उल्लेख केला पाहिजे.

डॉ. चिटणीस यांना दलित/मागासवर्गीयांची सामाजिक-आर्थिक स्थिती, त्यांच्यातील शिक्षणाचा प्रसार, त्यांचे मानस या विषयांमध्ये खोल आस्था आहेच, शिवाय समाजशास्त्रज्ञ म्हणून सर्वेक्षण व अभ्यासप्रकल्प यांचा त्यांना मोठा अनुभव आहे. वेळात वेळ काढून त्यांनी प्रश्नावलीचा मसुदा पक्का करण्यात मोलाचे मार्गदर्शन केले व नंतर अभ्यासाचा कच्चा खर्डा वाचून अनेक उपयुक्त सूचना केल्या.

बैरामजी जिजीभॉय महाविद्यालयाच्या दप्तरातील माहिती मिळण्यासाठी परवानगी दिल्याबद्दल आम्ही वैद्यकीय शिक्षण-संशोधन संचालनालयाच्या अधिकाऱ्यांचे आभारी आहोत. प्रत्यक्ष दप्तरे धुंडाळून हवी ती माहिती मिळण्यात महाविद्यालयाच्या ऑफिस-कर्मचाऱ्यांनी बरेच सहकार्य दिले. त्यांच्या या सहकार्याविना आम्हाला मिळाली तेवढीही माहिती मिळणे शक्य नव्हते. दलित/मागासवर्गीय विद्यार्थ्यांच्या अगदी प्रवेशापासून अभ्यासक्रमाच्या वाटचालीमध्ये त्यांच्या शिष्यवृत्त्या इ. सह सर्व बाबी आस्थेने हाताळणारे श्री. नंदू पोळ यांचा या कर्मचाऱ्यांमध्ये आवर्जून उल्लेख केला पाहिजे. त्यांच्याशी प्रसंगाप्रसंगाने झालेल्या चर्चांमधून वैद्यकीय अभ्यासक्रम, परीक्षा, शिष्यवृत्त्या इ. बाबत बारीकसारीक शंकांचे निरसन तर झालेच, शिवाय त्यांच्या इतक्या वर्षांच्या जवळच्या संपर्कातून दलित/मागासवर्गीयांच्या वैद्यकीय महाविद्यालयीन वास्तव्यकाळाचे चित्र आमच्यासमोर जिवंत होऊ शकले.

अनुक्रमणिका

आमच्या या अभ्यासासाठी बी. जे. महाविद्यालयाच्या अखत्यारीतील पाच जिल्ह्यांत जाऊन तेथील डॉक्टरांच्या कामाच्या वा राहत्या ठिकाणी आम्ही मुलाखती घेतल्या. हे करीत असताना पाच जिल्ह्याच्या ठिकाणच्या आमच्या मित्रमंडळींनी निवास, मुलाखतीसाठी जाण्यायेण्याची व्यवस्था इत्यादींची सोय करून दिली, त्याबरोबरच आम्हाला आपल्या परिचयातील दलित/मागासवर्गीय डॉक्टरांचे नाव-पत्ते सुचवले आणि आमचा त्या त्या भागातील दौरा यशस्वी होण्यासाठी त्यांनी सर्वतोपरी सहकार्य केले.

डॉ. सुमा चिटणिसांप्रमाणेच, ज्येष्ठ विचारवंत श्री. ह. कृ. परांजपे व मे. पुं. रेगे यांनी अभ्यास-प्रकल्पाच्या अहवालाचे हस्तलिखित वाचून मोलाच्या सूचना केल्या. हा अहवाल पुस्तकरूपाने प्रसिद्ध व्हावा व जास्तीत जास्त लोकांपर्यंत पोचावा ही प्रा. रेगे यांनी केलेली सूचना आम्हाला हुरूप आणणारी ठरली.

आमच्या अभ्यासविषयाशी संबंधित लेखनाकडे लक्ष वेधणे, उपयुक्त कात्रणे आणून देणे, कोष्टके-पुनर्लेखनादी कामात हातभार लावणे या प्रकारे कुटुंबीय व मित्रपरिवाराने प्रोत्साहन दिले. या संदर्भात विशेष उल्लेख केला पाहिजे तो बा. ना. नारळकर यांचा. आय. ए. सी. एफ. चे एक सक्रिय सभासद या नात्याने ते सर्वार्थांनी गेली तीन-चार वर्षे आमच्या मागे राहिले नसते तर हे काम पुरे झालेच नसते.

प्रश्नावली भरून पाठविणाऱ्या, मुलाखती देणाऱ्या डॉक्टरांचे आभार मानावे तेवढे थोडेच आहेत. त्यांच्या सहकार्याशिवाय हा अभ्यास होऊच शकला नसता. प्रत्यक्ष भेट झाल्यावर सर्वच डॉक्टरांनी मोकळे-पणाने मुलाखती दिल्या; इतकेच नाही, तर अनेकांनी आमचे मनःपूर्वकतेने आदरातिथ्य केले.

१९७१ ते १९८२ या दरम्यानचे डॉक्टरांचे पत्ते व अन्य माहिती बी. जे. महाविद्यालयाच्या दप्त-रातून एकत्र करणे, कोष्टके बनवणे या कामी श्री. धनंजय गोंद्रस यांची खूप मदत झाली, तसेच घेतलेल्या मुलाखतींच्या लिखाणात टंकलिखित प्रत अंतिम स्वरूपात तयार करण्यात श्री. शरद महाबळ यांची. टंक-लेखनाचे काम प्रामुख्याने श्रीमती माधवी मराठे यांनी काळजीपूर्वक करून दिले. या सर्वांचे मनःपूर्वक आभार.

विद्या पटवर्धन
वसंत पळशीकर

अनुक्रमणिका

प्रकरण पहिले

अभ्यासाची उद्दिष्टे, व्याप्ती व पद्धती

१·१. पार्श्वभूमी

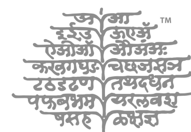
पारंपरिक हिंदू समाजरचना जातींच्या उतरंडीच्या स्वरूपाची होती. अस्पृश्य गणल्या गेलेल्या जातींनी उच्च दर्जाचे पांढरपेशे व्यवसाय करावयाचे नाहीत असे बंधन होते. त्यांची आर्थिक व सामाजिक स्थिती हीन-दीन तर होतीच, पण व्यवसायाच्या क्षेत्रात त्यांची परंपरा जातविशिष्ट व्यवसायांतील चौकटीत बंदिस्त होती; ती निरक्षरतेची परंपरा होती. अस्पृश्यतेचा टिळा लावलेला नसला तरी हिंदू समाजाच्या परिघावर जगणाऱ्या भटक्या जमातींची अवस्था फारशी वेगळी नव्हती. यांपैकी काही जमातींना तर ब्रिटिश राजवटीच्या काळात 'गुन्हेगार जमाती' म्हणून अधिकृत रीत्या संबोधले गेलेले होते;* त्यांच्यावर नाना प्रकारचे निर्बंध लादलेले होते. याखेरीज डोंगरखोऱ्यांमध्ये व जंगलांमध्ये राहणाऱ्या आदिवासी जमाती देशभर विखुरलेल्या होत्या. यांतील काही जमाती ब्रिटिशांच्या काळात विस्तार पावत गेलेल्या नागर समाजाच्या संपर्कात आल्या. त्या वेळी त्यांच्याकडे 'रानटी लोक' म्हणूनच बव्हंशी पाहिले गेले; नाना प्रकारे त्यांचे शोषण केले गेले, त्यांची दडपणूक होत राहिली. अशा रीतीने, समाजाच्या मुख्य प्रवाहाशी तुलना करता, पूर्वास्पृश्य, भटके (व 'विमुक्त') आणि आदिवासी समाज सामाजिक-सांस्कृतिक-धार्मिक कारणांनी विशेष मागे पडले होते.

या समाजाच्या मागासलेपणाचे मूळ केवळ आर्थिक परिस्थितीशी निगडित नाही, त्यांचे शैक्षणिक व व्यावसायिक मागासलेपण धार्मिक-सामाजिक स्वरूपाचे आहे हा विशेष लक्षात घेऊन ते दूर करण्यासाठी विविधांगी उपाय योजण्याची गरज स्वातंत्र्यपूर्व काळापासून स्वीकारली गेली होती. उच्च दर्जाच्या, विशेष महत्त्व प्राप्त झालेल्या व्यवसायांमध्ये वरील तीन समाजांमधील व्यक्तींचे काही प्रमाण निर्माण व्हावे हा मागासलेपण दूर होण्याच्या प्रक्रियेतला महत्त्वाचा टप्पा मानला गेला. वैद्यक, अभियांत्रिकी अशा शाखांमध्ये जागा मर्यादित असतात व प्रवेशासाठी झुंबड उडते. यामुळे, खुल्या स्पर्धेमधूनच प्रवेश मिळवून जे येतील ते येतील असे ठरविले तर, निरक्षरतेचीच परंपरा असणाऱ्या वरील तीन समाज-गटांतील मुले-मुली अनिश्चित दीर्घकाळपर्यंत नगण्य प्रमाणातच फारतर प्रवेश घेऊ शकतील ही वस्तुस्थिती होती. न्याय व समतेवर आधारित समाज अस्तित्वात येण्याची प्रक्रिया अधिक जलद गतीने व्हावी म्हणून राखीव जागा ठेवण्याची तरतूद राज्यघटनेमध्ये केली गेली. अन्य सवलतीही दिल्या गेल्या. अशा प्रकारे, लोकसंख्येतील टक्केवारीच्या प्रमाणात उच्च शिक्षणाच्या विविध शाखांमध्ये जागा राखून ठेवणे हा मागासलेपण दूर करण्यासाठी मदतीचा हात देणाऱ्या विविधांगी उपाययोजनेचा एक भाग आहे. जातिजमातीवरून पंक्तिप्रपंच करून जागा राखून ठेवल्या जात असल्याने या उपायाला उद्देशून इंग्रजीमध्ये 'पॉझिटिव्ह डिस्क्रिमिनेशन' असा शब्दप्रयोग केला जातो.

पूर्वास्पृश्य, भटके-विमुक्त वा आदिवासी यांपैकी कोणत्याच कोटीत मोडत नसले तरी सवर्ण हिंदू असूनही परंपरागत जातिनिहाय व्यवसायांमुळे सामाजिक, शैक्षणिक मागासलेपणाचा वारसा घेऊन जगणाऱ्या, व त्यामुळे आर्थिक स्थितीही निकृष्ट असलेल्या, अनेक जाती समाजात आहेत असा मुद्दा कालांतराने पुढे आला. अशा 'इतर मागासवर्गीयां'साठीपण आज जागा राखून ठेवण्यात आलेल्या आहेत.

शिक्षणक्षेत्रात व शासकीय नोकऱ्यांमध्ये राखीव जागांची तरतूद केल्यामुळे पुढारलेल्या हिंदू व अन्य

* स्वातंत्र्योत्तर काळात त्यांच्यावरचे निर्बंध दूर करून त्यांचे नामकरण 'विमुक्त जाती' असे करण्यात आले.





अनुक्रमणिका

समाजामध्ये काही नाराजी असलीच तरी आरंभीच्या काळात ती फारशी व्यक्त होत नसे.

राखीव जागांवरून आज समाजात दोन तट पडले आहेत– राखीव जागांचे समर्थक व त्यांचे विरोधक. राखीव जागांवरून वाद होतात तेव्हा प्रत्येक पक्ष काही ठरावीक युक्तिवाद पुनःपुन्हा करीत असल्याचे आढळते.

सुमार गुणवत्तेच्या विद्यार्थ्यांना प्रवेश देऊन हुशार गुणवान मुला-मुलींची संधी हिरावून घेतली जाते, आणि हा घोर अन्याय आहे, हा विरोधकांचा मुख्य मुद्दा असतो. तर, हजारो वर्षे हिंदू समाजाने धर्म व समाज-धारणा यांच्या नावाने शिक्षण, उच्च व्यवसाय व चांगले जीवन यांच्यापासून बुद्धचा वंचित ठेवलेल्या, दडपलेल्या जातिजमातींचा राखीव जागा हा हक्कच आहे; सामाजिक न्यायप्रस्थापनेच्या दृष्टीने काही थोड्या हुशार विद्यार्थ्यांना संधी नाकारली गेली तर ती काही फार मोठी किंमत नाही, असे राखीव जागांचे प्रवक्ते व समर्थक म्हणत असतात.

सामाजिक न्यायाच्या दृष्टीने राखीव जागा कशा आवश्यक व इष्ट आहेत हे विरोधकांना पटवून देणे अशक्यप्राय जाते. कारण त्यांच्या मनात काही धारणा दृढमूल झालेल्या आढळतात. राखीव जागांचा लाभ घेऊन डॉक्टर वा इंजिनिअर झालेल्यांविषयी काही प्रवाद समाजात प्रसृत असल्याचे आढळते. या प्रवादां-वरून कोणत्या धारणा खोलवर रुजलेल्या आहेत त्यांची कल्पना येऊ शकते. पुढील दोन प्रवाद या संदर्भात विशेष महत्त्वाचे आहेत–

१) राखीव जागांच्या तत्त्वामुळे, गुणवत्तेच्या निकषावर दलित विद्यार्थ्यांची अपात्रता दिसत असूनही सामाजिक/राजकीय दबावामुळे त्यांना प्रवेश दिला जातो व वर 'ढकलून' शेवटी पदव्याही दिल्या जातात.

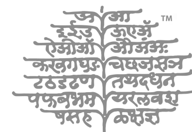
२) असे अपात्र पदवीधर राखीव जागांच्या साहाय्याने नोकऱ्या-चाकऱ्यांच्या क्षेत्रात अधिकाराच्या जागांवर सहजपणे जाऊन पोहोचतात. त्यामुळेच विविध क्षेत्रांतील सेवा उत्तरोत्तर अकार्यक्षम बनत चालल्या आहेत. उदाहरणार्थ, रेल्वेच्या वाढत्या अपघातांचे खापर रेल्वेमध्ये दलितांचा भरणा झाला आहे त्यावर फोडले जाते. अपात्र डॉक्टर्स वा इंजिनिअर्समुळे चुकीची औषधे दिली गेल्याने रोगी दगावण्याचे वा पूल कोसळण्याचे प्रकार वाढले आहेत असे काहीजण छातीठोकपणे सांगतात.

याशिवाय विरोधकांकडून आणखी काही मुद्दे उपस्थित केले जातात. राखीव गटांमधील शिकली-सवरलेली, पांढरपेशी, सुस्थितीतली कुटुंबेच जातीच्या नावाने साऱ्या सवलती उपभोगतात आणि गरीब उच्चवर्णीय मात्र बाजूला फेकले जातात. राखीव जागा ही, सरतेशेवटी, स्पर्धेत उतरण्यासाठी काही काळ दिलेली संधी आहे असे न होता आता दलित/मागास-वर्गीय स्पर्धेत उतरण्याबद्दल उदासीन बनले आहेत, आणि आपल्या मागासलेपणावर बोट ठेवून प्रत्येक गोष्ट पदरात पाडून घेण्याची वृत्तीच बळावत चालली आहे, असेही म्हटले जाते.

याउलट, हजारो वर्षे झालेल्या अन्यायाच्या युक्ति-वादाव्यतिरिक्त राखीव जागांचे समर्थक पुढील मुद्दे मांडतात–

१) दलितांना प्रवेश जरी कमी मार्कांना मिळाला असला तरी परीक्षा सर्वांना सारख्याच असतात.
२) कमी गुण मिळून प्रवेश घेणारे केवळ दलित/मागास-वर्गीयच नसतात. कमी मार्क असताना भरमसाट देणगी देऊन खासगी महाविद्यालयात प्रवेश घेणारे बव्हंशी सधन उच्चवर्णीय असतात. पण आवाज मात्र उठविला जातो तो दलितांविरुद्ध !

ठरावीक युक्तिवाद व आक्षेप आणि त्यांचा तोच तो प्रतिवाद यांमधून राखीव जागांसंबंधी समंजस, विवेकी भूमिका समाजमानसात रुजण्याच्या दृष्टीने पाऊल पुढे पडत नाही. उलटपक्षी, कटुता व स्फोटकता तीव्रतर होत चालली आहे. राखीव जागांचा लाभ घेऊन उच्चतर शिक्षणशाखांत प्रवेश घेतलेल्या विद्यार्थ्यांच्या शैक्षणिक कामगिरीचे, त्यांच्या कौटुंबिक पार्श्वभूमीचे, शिकत असताना व नंतर व्यव-सायात पडल्यावर त्यांना येणाऱ्या अनुभवांचे एक वास्तव चित्र मांडून याविषयीचे तथ्य जर सर्वांसमोर आले तरच उभयपक्षी राखीव जागांविषयी वस्तुनिष्ठ विधायक चर्चा सुरू होऊ शकेल. समर्थक व विरोधक दोघांनीही आपल्या युक्तिवादातील तथ्यातथ्य प्रत्यक्ष वस्तुस्थितीशी पडताळून पाहण्याची आणि बदलत्या सामाजिक परिस्थितीतले बारकावे ध्यानात घेऊन भूमिकेत फेरविचार करण्याची निकड आहे. अशा प्रकारच्या विचारविनिमयासाठी आवश्यक असणारी वस्तुनिष्ठ बैठक सर्वेक्षण/अभ्यासाद्वारा मिळू शकते.





राखीव जागांच्या तरतुदींमागील उद्दिष्टांची योग्य स्वरूपात पूर्तता होत राहण्यासाठी त्या तरतुदींचे तपशील बदलत्या परिस्थितीनुसार कसे बदलायला हवेत व ते कसे बदलता येतील याचेही दिग्दर्शन अशा प्रकारच्या अभ्यास-सर्वेक्षणांमधून घडेल.

वैद्यकीय महाविद्यालयात खरोखरीच सुमार गुण-वत्तेच्या विद्यार्थ्यांना प्रवेश मिळतो का, त्यांच्या परीक्षां-मधील कामगिरीवरून दलित/मागासवर्गीय विद्यार्थ्यांना अभ्यासक्रम झेपत नाही असे आढळते का, त्यांना ढकलून पास करावे लागते/केले जाते या म्हणण्यात तथ्य आहे का, याचा शोध महाविद्यालयाच्या दप्तरांमधील माहितीच्या आधारे घेणे हा प्राथमिक उद्देश होता.

पदवी मिळाल्यानंतर दलित/मागासवर्गीयांपैकी पदव्युत्तर अभ्यासक्रमास किती जण जातात, स्वतंत्र व्यवसाय वा नोकऱ्यांमध्ये कोणत्या जागी आढळतात, त्यांना समाजाकडून स्वीकृती मिळते का, त्यांचा व्यव-सायात जम बसलेला आढळतो का, शिकत असताना व नंतर व्यवसाय-नोकरीच्या काळातले त्यांचे अनुभव काय राहिले हे जाणून घेऊन एकंदर चित्र उभे करणे हा अभ्यासाचा प्रमुख उद्देश होता.

राखीव जागांचा लाभ जे घेत आले त्यांची सामाजिक-शैक्षणिक-आर्थिक स्थिती खरोखरच तेवढी मागास आढळते का, राखीव जागांचा लाभ मिळालेल्या व्यक्तींच्या कौटुंबिक जीवनात सामाजिक बदलाची प्रक्रिया कशी प्रतिबिंबित झालेली आढळते, या गोष्टी पाहणेही महत्त्वाचे होते. राखीव जागांच्या एकूण तरतुदी, त्या ठेवण्यामागे असलेली उद्दिष्टे, त्यांची प्रत्यक्षात झालेली अंमलबजावणी, त्यांची फलिते व त्रुटी इत्यादींसंबंधी डॉक्टरांची मते व त्यांमागील तर्क जाणून घेणे हा दुय्यम स्वरूपाचा उद्देश डोळ्यांसमोर ठेवावा असे ठरविले.

१·२. अभ्यासाची व्याप्ती व पद्धती

मोठा राज्यव्यापी प्रकल्प हाती घेण्याऐवजी चाचणी-स्वरूपाचा प्राथमिक अभ्यास (पायलट प्रॉजेक्ट) हाती घ्यावयाचे संस्थेने ठरविले. ॲलोपथी वैद्यकाचे शिक्षण देणाऱ्या एका शासकीय महाविद्यालयातून उत्तीर्ण होऊन नोकरी-व्यवसायात पडलेल्या राखीव जागा लाभधारक डॉक्टरांपुरता मुख्यत्वे अभ्यास मर्यादित ठेवावा असे ठरविले.

व्यावहारिक सोयीच्या दृष्टीने पुणे विद्यापीठाच्या कक्षेतील बैरामजी जिजिभॉय मेडिकल कॉलेजची (बी. जे. एम. सी.) निवड केली. हे महाविद्यालय पुरेसे जुने, नाणावलेले व मोठे आहे. महाराष्ट्राच्या जागृत, पुढार-लेल्या जिल्ह्यांमधून (पुणे, अहमदनगर, धुळे, नाशिक व जळगाव) प्रामुख्याने ह्या महाविद्यालयात विद्यार्थी येतात. या महाविद्यालयात दर वर्षी २०० विद्यार्थ्यांना प्रवेश दिला जातो. त्यांपैकी ३४% म्हणजेच ६८ जागा राखीव जातगटांसाठी आहेत. उरलेल्या १३२ जागां-पैकी दोन जागा केंद्र सरकारकडून भरल्या जातात व १३० खुल्या स्पर्धेतील विद्यार्थ्यांसाठी असतात.

आरंभीच्या काळात सर्व राखीव जागा भरल्या जात नसत ही गोष्ट लक्षात घेऊन, १९७०-७१ च्या नंतरच्या वर्षांत उत्तीर्ण झालेल्या पदवीधरांमधून अभ्यासासाठी नमुनागट निवडावा असे आम्ही ठरविले. पदवी घेऊन नोकरी वा प्रॅक्टिसमध्ये किमान तीन वर्षांचा काळ गेलेल्या डॉक्टरांचा अभ्यास करावयाचा असल्याने १९८२ पर्यंतच्या पदवीधरांचाच विचार करावा असे ठरले.

वरील कालावधीत पास झालेल्या राखीव गटातील विद्यार्थ्यांची संख्या सुमारे ६००-६२५ होती. प्राथमिक उद्दिष्टपूर्ततेच्या दृष्टीने या सर्वांच्या परीक्षेतील काम-गिरीविषयी-प्रवेशावेळीचे गुण, वैद्यकीय परीक्षांत मिळालेले गुण, लागलेल्या खेपा, गळतीचे प्रमाण इ.- माहिती गोळा करून तिचे विश्लेषण करणे हा अभ्या-साचा पहिला टप्पा मानला.

राखीव जागांचा लाभ घेऊन वैद्यकीय महाविद्या-लयात प्रवेश घेईपर्यंतची कौटुंबिक परिस्थिती, विद्यार्थी असताना आलेले अनुभव, व डॉक्टर झाल्यानंतरचे व्यावसायिक विश्व ह्या सर्वांद्वारे सामाजिक प्रक्रियेचे चित्र मांडायचे हा, आधी लिहिल्याप्रमाणे, अभ्यासाचा प्रमुख उद्देश होता. त्यासाठी राखीव गटातील डॉक्टरांशी संपर्क साधून प्रश्नावली भरून घेऊन माहिती मिळविणे हा अभ्यासाचा दुसरा टप्पा होता.

प्रश्नावली भरून पाठविलेल्या डॉक्टरांपैकी काहींच्या प्रत्यक्ष भेटी घेऊन विस्तृत मुलाखती घेणे हा अभ्या-साचा तिसरा टप्पा मानला. भरलेल्या प्रश्नावलींमधील माहितीचा अपुरेपणा दूर करण्यासाठी त्या माहितीवरून मनात उपस्थित होणाऱ्या प्रश्नांचा खुलासा करण्याच्या दृष्टीने मुलाखती घ्यावयाच्या होत्या.





अनुक्रमणिका

राखीव गटातील विद्यार्थ्यांच्या कामगिरीचे विश्लेषण करत असताना किंवा डॉक्टरांच्या कौटुंबिक, विद्यालयीन वा व्यावसायिक जीवनाचे चित्र मांडत असताना तुलनेसाठी काही खुल्या स्पर्धेतील विद्यार्थ्यांच्या कामगिरीविषयीची आकडेवारी तसेच ते डॉक्टर झाल्यानंतरचे त्यांचे अनुभव, त्यांची कौटुंबिक पार्श्वभूमी इत्यादी माहिती गोळा करणे आम्हाला जरुरीचे वाटले. कामगिरीसंबंधी तौलनिक आकडेवारी गोळा करण्यासाठी १९७६, ८० व ८२ ही तीन वर्षे निवडली. दुसऱ्या टप्प्यावरील माहिती गोळा करण्यासाठी १९७९ साली पास झालेल्या खुल्या स्पर्धेतील सर्व डॉक्टरांशी संपर्क साधण्याचे ठरविले.

१९७१ ते १९८२ या कालावधीत बै. जि. महाविद्यालयातून उत्तीर्ण झालेल्या सर्व 'राखीव' पदवीधरांना व तौलनिक अभ्यासाच्या दृष्टीने खुल्या स्पर्धेतून प्रवेश घेऊन १९७९ साली उत्तीर्ण झालेल्या सर्व पदवीधरांना अभ्यास-प्रकल्पात सहकार्य देण्याची विनंती करणारे पत्र त्यांच्या पदवी घेतल्यावेळीच्या पत्त्यावर पाठविण्याचा निर्णय घेतला. त्यानुसार ६०० 'राखीव' + १२० 'खुल्या स्पर्धेतील' अशी एकूण ७२० पत्रे पाठविली. या पहिल्या पत्रास होकार देणारे, म्हणजे प्रश्नावली भरून पाठविण्याची इच्छा प्रदर्शित करणारे पत्र दोनएकशे डॉक्टरांनी त्यांच्या सध्याच्या पत्त्यानिशी पाठविले. या सर्वांना आम्ही प्रश्नावली पाठविली. पुढे, प्रश्नावली भरून पाठविणाऱ्या काही डॉक्टरांनी स्वतःहून आपल्या परिचयातील डॉक्टर मित्रांची नावे कळविली. मूळ यादीत नसलेल्या त्यांतल्या सर्वांना पत्रे पाठवून त्यांनाही प्रश्नावली पाठविली. त्याही पुढे, अभ्यास चालू असताना व मुलाखतींसाठी काही मोठ्या गावी गेलो असताना काही डॉक्टरांची नावे सुचविण्यात आली. तेव्हा त्यांपैकी काहींच्या आम्ही मुलाखती घेतल्या व त्यांच्याकडूनही प्रश्नावली भरून घेण्याचा प्रयत्न केला. यामुळे पुणे विद्यापीठातील बै. जि. महाविद्यालयातून पदवी न घेतलेल्या, पण पुणे विद्यापीठाच्या कक्षेतील पाच जिल्ह्यांत सध्या नोकरी वा व्यवसाय करणाऱ्या काही डॉक्टरांचा समावेश एकूण नमुना-गटात झाला.

शेवटी प्रश्नावली भरून पाठविणाऱ्या एकूण १०० डॉक्टरांचा नमुना-गट तयार झाला. एकूण पहिली पत्रे पाठविली त्यांपैकी सुमारे १२%दलित/मागासवर्गीयांचा तर २०%च्या जवळपास खुल्या स्पर्धेतील डॉक्टरांचा प्रतिसाद मिळाला. हा गट कितपत प्रातिनिधिक आहे, असा प्रश्न उपस्थित होतो. ज्या डॉक्टरांनी स्वखुशीने प्रश्नावली भरून पाठविली त्यांचा हा नमुना-गट तयार झाल्याने काही बाबतीत तो असंतुलित होण्याची शक्यता होती. प्रत्यक्ष भरून आलेल्या प्रश्नावलींवरून काहीएक अंदाज बांधता येतो. व्यवसायात जम बसलेल्या, स्वतःच्या मतांविषयी आत्मविश्वास असलेल्या यशस्वी डॉक्टरांचा प्रतिसाद जास्त आला असे होऊ शकते. याउलट, प्रॅक्टिस चालत नसलेल्या किंवा जन्मभर नोकरीशिवाय गत्यंतर नाही असे वाटून, नाउमेद झालेल्या डॉक्टरांचा आमच्या नमुना-गटात समावेश झाला नसणे संभवते. असे असूनही प्रश्नावलीचे जातवार, तसेच पालकांचा व्यवसाय, शिक्षण, ग्रामीण/शहरी अशा मुद्द्यांवरून वर्गीकरण करून ते महाविद्यालयाच्या दप्तरी मिळालेल्या ५८८ 'राखीव' डॉक्टरांशी पडताळून पाहिले (त्याचे तपशीलात विवेचन तिसऱ्या प्रकरणात आहे.) तेव्हा नमुना-गट बऱ्याच प्रमाणात प्रातिनिधिक असल्याचे दिसते. व्यवसायाच्या अंगानेही हा नमुना-गट वैविध्यपूर्ण आहे. प्राथमिक आरोग्य केंद्रात, रूरल हॉस्पिटलमध्ये, सिव्हिल हॉस्पिटलमध्ये वेगवेगळ्या हुद्द्यांवर काम करणारे, केवळ नोकरी करणारे, नोकरी व जनरल प्रॅक्टिस करणारे, ग्रामीण भागात प्रॅक्टिस करणारे, तालुक्याच्या, जिल्ह्याच्या, महानगराच्या परिसीमेवर असलेले, स्वतःचे नर्सिंग होम असलेले, केवळ कन्सल्टन्सी करणारे, पदव्युत्तर वैद्यकीय विविध शाखांतले, असे अनेकविध डॉक्टर नमुना-गटात आहेत. कौटुंबिक पार्श्वभूमी व व्यावसायिक अनुभव ह्यांच्या आधारे सामाजिक चित्र उभे करण्याच्या दृष्टीने आमच्या हाती आलेला नमुना-गट पुरेसा समाधानकारक ठरतो की नाही याला महत्त्व आहे. असे चित्र मांडण्याच्या ओघातच दलित/मागासवर्गीय डॉक्टरांसंबंधीच्या प्रवादांची सत्यासत्यता पडताळून पाहावयाची होती. ह्या मुख्य कसोटीला हा नमुना-गट उतरतो असे मात्र आम्हाला वाटते.

काही निवडक डॉक्टरांच्या मुलाखती हा अभ्यासाचा तिसरा भाग मानल्याचे वर आले आहेच. प्रश्नावलींद्वारा गोळा होणारी माहिती उपयोगाची असली तरी सर्वसाधारण व त्रोटक असते. प्रश्नांना येणारी उत्तरे पुष्कळदा हो/नाही या प्रकारची असतात.

अनुक्रमणिका

खुलासे विचारून घेऊन अधिक तपशील भरून घेता येत नाहीत, वा प्रश्नावली भरणाऱ्याच्या मनातील अर्थ स्पष्ट करून घेऊन जाणून घेता येत नाहीत. त्याचप्रमाणे, डॉक्टरांचे व्यक्तिमत्त्व, त्यांची कौटुंबिक स्थिती, राहणीमान व शैली, त्यांच्या प्रॅक्टिसचे मान व स्वरूप यांच्याविषयीचे प्रत्यक्ष जागेवर गेल्याने समोर उभे राहणारे जिवंत चित्र अनुभवणे अभ्यासाच्या उद्दिष्टांची पूर्तता करण्याच्या दृष्टीने महत्त्वाचे होते. जात, निवास, नोकरी वा व्यवसाय, जनरल प्रॅक्टिस/कन्सल्टन्सी, अशा वेगवेगळ्या अंगांनी प्रश्नावलींचे वर्गीकरण करून त्यातून दलित/मागासवर्गीय व काही उच्चवर्णीय अशा ५० ते ५५ जणांची आम्ही निवड केली. पुणे विद्यापीठाच्या कक्षेतील पाचही जिल्ह्यांतील डॉक्टरांचा यात समावेश होता. आधी पत्रे पाठवून दिवस व वेळ निश्चित करून डॉक्टरांच्या राहत्या/दवाखान्याच्या गावी जाऊन आम्ही मुलाखती घेतल्या. मुलाखतींसाठी एखाद्या भागात गेल्यावर मूळ यादीत नसलेल्या पण नव्याने माहिती मिळालेल्या काही डॉक्टरांच्या मुलाखती पण आम्ही घेतल्या. तर प्रतिसाद न आल्याने वा ऐन वेळी भेट न होऊ शकल्याने मूळ यादीतली काही नावे गळली. एकंदर ४० जणांच्या मुलाखती झाल्या.

१·३. अभ्यासाच्या मर्यादा

वैद्यकीय महाविद्यालयात राखीव जागांची तरतूद केव्हापासून लागू झाली, स्वातंत्र्यपूर्व काळात ब्रिटिशांच्या राजवटीत ह्याबाबतचे धोरण काय होते, त्यात कसकसे बदल होत गेले, नव्याने समाविष्ट झालेल्या काही जाती वा जातगट कोणत्या साली समाविष्ट झाले इत्यादी तपशीलात आम्ही गेलो नाही. अभ्यासामागील मुख्य उद्दिष्टाच्या दृष्टीने अशा ऐतिहासिक आढाव्याचे महत्त्व नव्हते.

वैद्यकीय महाविद्यालयाच्या दप्तरी गोळा होणाऱ्या माहितीचे महत्त्व जाणून अशी सर्व माहिती एकत्रित ठेवलेली आढळली नाही. जी माहिती, ज्या वर्षांची हाती आली तिच्या मर्यादेत आम्ही वस्तुस्थिती जाणून घेण्याचा प्रयत्न केला.

डॉक्टरांशी संपर्क साधण्यात आलेल्या अडचणी व त्यामुळे स्वीकाराव्या लागलेल्या नमुना-गटाच्या मर्यादा ह्यांचा उल्लेख आधी येऊन गेला आहेच.

१९७१ ते ८२ या काळात उत्तीर्ण झालेल्या एकंदर दलित मागासवर्गीय डॉक्टरांपैकी किती आजच्या घडीला नोकरीत आहेत, किती खासगी प्रॅक्टिस करीत आहेत; त्यांत जनरल प्रॅक्टिसमध्ये किती, कन्सल्टंट किती, ग्रामीण भागात किती, शहरांत किती या साऱ्या प्रश्नांची टक्केवारीत उत्तरे शोधणे हा आमच्या अभ्यासाशी संबंधित भाग असला तरी त्यासाठी आवश्यक खटाटोपाची व्याप्ती एका स्वतंत्र प्रकल्पाइतकी मोठी आहे. त्यामुळे ह्या अभ्यासाच्या उद्दिष्टांमध्ये या मुद्द्याचा समावेश केला नाही.

अभ्यासाचे उद्दिष्ट निश्चित करताना आम्ही अशा निष्कर्षाला आलो की कोणत्याही डॉक्टराचे वैद्यकीय ज्ञान, अचूक रोगनिदान व उपचार करण्याची क्षमता या दृष्टीने पात्रता जोखणाऱ्या कसोट्या व त्या लागू करण्याची पद्धती निश्चित करणे व त्यांचा वापर करून कोणत्याही डॉक्टराची वैद्यकीय दृष्टीने वस्तुनिष्ठ शहानिशा करणे व पात्रता/अपात्रता ठरविणे जवळपास अशक्य आहे; एवढेच नव्हे तर, तो अव्यापारेषु व्यापारही ठरेल. (या मुद्द्याचे खुलासेवार विवेचन ह्या प्रकरणाच्या शेवटी दिलेल्या परिशिष्टात केले आहे.) हे लक्षात घेऊन अभ्यासाच्या उद्दिष्टांची जी रूपरेखा निश्चित केली ती आधी स्पष्ट केली आहेच.

१·४. अभ्यासप्रकल्पाचे साध्य आणि अभ्यासकांची भूमिका

प्रश्नावलींद्वारे व मुलाखतींच्या ओघात गोळा झालेली माहिती ही बव्हंशी डॉक्टरांनीच स्वतःबद्दल दिलेल्या माहितीच्या स्वरूपाची आहे. मुलाखतीच्या वेळी काही गोष्टींचे निरीक्षण आम्ही स्वतंत्रपणे प्रत्यक्ष करू शकलो. पण बाकी डॉक्टरांनी जी माहिती दिली ती जशीच्या तशी आम्ही स्वीकारली आहे. तिचा खराखोटेपणा आम्ही पडताळून पाहिलेला नाही. वस्तुस्थिती आणि तिचे व्यक्तिविशिष्ट निवेदन यांत कमीअधिक अंतर असते. एकच वास्तव चार माणसांना वेगवेगळे 'दिसते' व त्यांच्या निवेदनांत फरक पडतो हा आपला अनुभव आहे. तरीपण, काही वेळेस, तसा मुद्दामहून प्रयत्न न करता, काही डॉक्टरांनी दिलेल्या माहितीचा पडताळा इतर डॉक्टरांच्या वा अन्य व्यक्तींच्या बोलण्यातून मिळाला, असे घडत गेले.

प्रश्नावली व मुलाखती यांच्या आधारे विविध मुद्द्यांच्या व विधानांच्या संदर्भात डॉक्टरांच्या प्रति-

क्रिया, मते, सूचना, कारणमीमांसा आम्ही नोंदविल्या आहेत. दलित / मागासवर्गीय डॉक्टरांबद्दल समाजात जे समज-गैरसमज, प्रवाद पसरलेले आहेत त्यांच्यासंबंधी स्वानुभवाने, निरीक्षणाने व विचाराने दलित/मागासवर्गीय तसेच खुल्या स्पर्धेतून आलेल्या सवर्ण हिंदू डॉक्टरांच्या बनलेल्या प्रतिक्रिया, मते, अभिप्राय काय आहेत हे जाणून घेण्याचा उद्देश होता. त्यांचा योग्य तो आदर आम्ही केला असला तरी, डॉक्टरांनी स्वतःसंबंधी दिलेली माहिती व त्यांनी व्यक्त केलेली मते यांचा एकत्रित विचार करुन त्या आधारे स्वतंत्र विश्लेषण आम्ही योग्य वाटले तेथे केले आहे व तसे नमूद केले आहे. एखाद्या मुद्द्याविषयी दलित/मागासवर्गीय मंडळी काय म्हणतात, त्यांच्यात मतमतांतरे काय आढळतात, वस्तुस्थिती काय असावी, ती तशी का असावी, वस्तुस्थिती तशी असण्याची कारणे कोणती व त्याचा अर्थ काय व निघणारा निष्कर्ष कोणता, या साऱ्यांचे विवेचन आम्ही केले आहे.

डॉक्टरांनी स्वतःसंबंधी दिलेली माहिती व त्यांनी व्यक्त केलेली मते नोंदविणे, त्यांचे संकलन करणे, वेगवेगळ्या घटकांमधील आंतरसंबंध बघणे, प्रमाणे काढणे एवढेच करून आम्ही थांबलेलो नाही. इष्ट धोरणे, उपाययोजना व परिवर्तन यांविषयीचे निवाडे, आमची स्वतःची मूल्ये यांचा संबंध न येऊ देता, केवळ 'वस्तुनिष्ठ' असे चित्रण करण्याची मर्यादा आम्ही पाळलेली नाही ही गोष्टही स्पष्ट केली पाहिजे. भारतीय समाजात समता प्रस्थापित करण्याच्या दृष्टीने, पिढ्यान् पिढ्या वंचित ठेवल्या गेलेल्या वा राहिलेल्या जातिजमातींना न्याय करण्याच्या दृष्टीने, तसेच भविष्यात एकात्म समाज निर्माण करण्याच्या दृष्टीने, मागास व दुर्बल घटकांसाठी जागा राखून ठेवण्याचे, सवलती देण्याचे, मदत करण्याचे धोरण व त्या अनुषंगाने केलेल्या उपाययोजना तत्त्वतः योग्य व आवश्यक आहेत असे आमचे मत होते, व आजही आहे. दलित / मागासवर्गीय डॉक्टरांविषयीचे प्रवाद तर्कदुष्ट आहेत असेही आमचे मत आहे. पण अभ्यास करीत असताना जी माहिती–दप्तरीच्या नोंदींमधून वा प्रश्नावली-मुलाखतींमधून–गोळा झाली, तीमधून समोर येणारे तथ्य कोणते हे पाहण्याच्या वेळी आम्ही तटस्थ वस्तुनिष्ठ भूमिका अंगिकारिली. तथ्य काय हे निश्चित करताना आम्ही तटस्थ वस्तुनिष्ठ (न्यूट्रल/ ऑब्जेक्टिव्ह) राहिलो तरी तथ्य विचारात घेऊन धोरणात्मक व उपायात्मक निष्कर्ष कोणते काढावयाचे त्याचा विचार करताना आम्ही, अर्थातच, आमच्या वैचारिक-मूल्यात्मक भूमिकेचा अंगीकार केला. तथ्यांचा स्वीकार करून पुर्नविचाराची, फेरबदलाची आवश्यकता कोणत्या बाबतीत आहे, कोणत्या दिशेने वा स्वरूपाचे फेरबदल करणे इष्ट व आवश्यक वाटते त्याची चर्चाही आम्ही केली आहे.

परिशिष्ट

डॉक्टर म्हणून असणारी पात्रता मोजण्यासंबंधीची मर्यादा

दलित/मागासवर्गीय, त्यातल्या त्यात दलित, आदिवासी, व भटकेविमुक्त गटांतील डॉक्टरांच्या व्यावसायिक पात्रतेबद्दल शंका प्रदर्शित केली जाते याचा उल्लेख वर आला आहे. अमुक जातिजमातीतले म्हणून डॉक्टर होण्यास उपजतच अपात्र, कारण बुद्धीच कमी, असा एक युक्तिवाद प्रच्छन्नपणे केला जातो, वा मनात असतो. सुमार गुण मिळून प्रवेश होणारे हे राखीव जागावाले, यांना ढकलून पास करावे लागते, वा केले जाते, या कारणाने ते अपात्र असतात, हा युक्तिवाद थोडचा वेगळ्या प्रकारचा आहे. डॉक्टरांची पात्रापात्रता पडताळून पाहणे हा अभ्यासाचा उद्देश ठेवावा का या संदर्भात बराच विचार करून आम्ही जी मर्यादा अखेरीस आखून घेतली तिची स्पष्टता करायला हवी. ही स्पष्टता केली नाही तर, मुख्य मुद्द्यालाच आम्ही सोईस्कर बगल दिली आहे, असे म्हटले जाण्याचा संभव आहे.

विद्यार्थी एम.बी.बी.एस.ची परीक्षा पास झाल्याचे प्रमाणपत्र आणि त्याला इंडियन मेडिकल कौन्सिलकडून नोंदणी केल्यानंतर मिळणारे प्रमाणपत्र ही, अनुक्रमे, (१) त्याला वैद्यक या विषयाचे पुरेसे ज्ञान असल्याचे व ते वापरण्याचे पुरेसे कौशल्य असल्याचे, व (२) या ज्ञान-कौशल्य यांच्या आधारे डॉक्टर म्हणून नोकरी वा व्यवसाय करण्यास तो पात्र असल्याचे, पात्र असल्याने त्यासाठी परवानगी देणारे प्रमाणपत्र असते. पदवी घेतलेल्यास सामान्यतः रजिस्ट्रेशन नाकारले जात नाही.

दलित/मागासवर्गीय डॉक्टरांच्या पात्रतेबद्दल शंका व्यक्त करणारे, या डॉक्टरांजवळ असलेली पदवी हे

अनुक्रमणिका

पात्रतेचे प्रमाणपत्र मानीत नाहीत. परीक्षेत वास्तविक त्यांना पास होता आलेले नसते; पण त्यांना दबावाखाली वा दयाबुद्धीने ढकलून पास केले जाते असे त्यांचे म्हणणे असल्याने, पदवीचे प्रमाणपत्र व त्या आधारे मिळणारे रजिस्ट्रेशन हा त्यांना पुरेसा पुरावा वाटत नाही.

मग ही पात्रता ठरवावयाची कशी ? अचूक रोगनिदान व सुयोग्य उपचारयोजना या दोन कसोटयांवरून तत्त्वतः पात्रता ठरविता येऊ शकते. वैद्यकीय अभ्यासक्रमामध्ये 'क्लिनिक्स' ना याच कारणाने महत्त्व असते. अनुभवी ज्येष्ठ व जाणत्या डॉक्टरांना रोगनिदान करताना पाहून, रोगनिदान अचूक कसे करावयाचे याचे शास्त्र व पद्धती त्यांच्याकडून समजावून घेऊन, सुयोग्य उपचार ते कसे ठरवितात हे पाहून विद्यार्थी शिकत असतो. 'केस प्रेझेंटेशन'च्या द्वारा तो त्याचे उपयोजन करून दाखवीत असतो. आता प्रश्न असा की, कोणत्याही जातिजमातीच्या, नोकरी वा स्वतंत्र प्रॅक्टिसमधील डॉक्टराकडून रुग्णाची होणारी तपासणी, रोगनिदान व उपचार या गोष्टी शास्त्रोक्त, अचूक व योग्य झाल्या आहेत की नाही हे कोणी कसे तपासावयाचे ?

इस्पितळात वा खासगी दवाखान्यात विशिष्ट निदान व उपचारामुळे एखाद्या रोग्याचा मृत्यू झाला, वा रोग्यास अपंगत्व आले, त्याचे जबर नुकसान झाले वा त्याचे आरोग्य कायमचे बिघडले; आणि असे होण्यास डॉक्टरचा हलगर्जीपणा वा अपात्रता कारणीभूत आहे अशी तक्रार झाली तर त्या तक्रारीची चौकशी करण्याच्या रीती आहेत. अशा प्रकरणीदेखील पात्र-अपात्रता पदवीच्या आधारेच बघितली जाते. डॉक्टर औपचारिकतः पात्र असेल तर त्याचा हलगर्जीपणा तरी दोषी धरला जातो वा ज्ञान-कौशल्य असूनही त्याने दुष्टबुद्धीने जाणूनबुजून गैरवापर केला असा आरोप त्याच्यावर ठेवला जातो.

याचा अर्थ असा की, व्यवहारात, स्वतःच्या वारंवार घडणाऱ्या वर्तनामुळे एखादा डॉक्टर अपात्र शाबीत होत नाही तोवर तो पात्र आहे असेच गृहीत धरले जाते. व्यवहारात अपात्रता शाबीत होते म्हणजे काय होते ? डॉक्टरकडे जाऊनही आपल्या आजारावर उतार पडत नाही असा बहुसंख्य रुग्णांना सतत अनुभव येत राहिला आणि रुग्ण डॉक्टरकडे जाण्याचे बंद झाले आणि त्यामुळे प्रॅक्टिस बंद पडली तर डॉक्टर लोकांच्या नजरेत अपात्र ठरतो. पण, ज्ञान-कौशल्य, निदान व उपचार यांमध्ये कमतरता फार मोठी नसतानाही, इतर कारणांनी प्रॅक्टिस चांगली न चालल्याने एखाद्या गावातल्या/ठिकाणचा खासगी दवाखाना बंद करून अन्यत्र स्थलांतर करणे वा नोकरीत शिरणे असा प्रकार घडतो हेही आपणास माहीत आहे. म्हणजेच, आपण निश्चितपणे एवढेच म्हणू शकतो की, जर एखाद्या डॉक्टरची प्रॅक्टिस चांगली चालत असेल तर तो व्यवहाराच्या पातळीवर त्याच्या पात्रतेचा पुरेसा पुरावा मानावा.

सरकारी आरोग्यसेवेमधील नोकरीची गोष्ट थोडी वेगळी आहे. नोकरीत कायम झालेल्या सेवकास संरक्षण असते ही गोष्ट खरी आहे. रुग्ण यायचे बंद होतील व आपल्या पात्रतेविषयीच शंका उत्पन्न होईल हा धोका जवळपास नसतो. रुग्ण येत नसले तरी त्यावरून काही निष्कर्ष काढता येत नाही. जेथे अनेक डॉक्टर काम करीत असतात तेथे, व डॉक्टर-बांधवांच्या नजरेत 'अपात्र' ठरणारा डॉक्टरसहकारी बाजूला ठेवला जाईल, उपेक्षिला जाईल, तुच्छ लेखला जाईल, वा त्याची बदली केली जाईल. तो 'बॉस' असला तर त्या इस्पितळाला/यंत्रणेला/सेवेला अवकळा येईल, बेशिस्त व गलथानपणा वाढेल, इत्यादी. पण काही प्रमाणात रुग्ण येतच राहतील, कारण त्यांना पर्याय नसतो. पण येथेही, व्यवहारात, एखाद्या गावात लोकांमध्ये व डॉक्टरच्या समव्यावसायिक वर्तुळात अमुक एका डॉक्टरचा डॉक्टरी ज्ञान-कौशल्य, निदान, इलाज यांबद्दल सार्वत्रिक व सतत बदलौकिक असेल तरच अपात्रतेचा शिक्का त्याच्यावर पडेल. **स्वतःची पात्रता समाधानकारक आहे की नाही याविषयी साशंक असलेला डॉक्टर आजच्या परिस्थितीत सरकारी नोकरीत राहणे पसंत करील** असे म्हणण्यास वरील कारणांनी जागा आहे. पण, येथेही, अडचण अशी की, सरकारी नोकरीत शिरणारे व सरकारी नोकरीतच आयुष्यभर राहणारे सर्वच डॉक्टर स्वतःच्या पात्रतेविषयीच्या साशंकतेमुळे तिकडे वळतात असा निष्कर्ष काढणे अनुभवाला धरून होत नाही. म्हणजेच, सरकारी नोकरीत असणे हाच जणू काही अपात्रतेचा वा स्वतःच्या पात्रतेविषयीच्या साशंकतेचा पुरावा मानता येत नाही. दलित/मागासवर्गीय डॉक्टर अपात्रच असतात असे म्हणणारे मात्र हीच गोष्ट पुरेसा पुरावा मानीत असतात. एवढेच

म्हणता येते की, स्वतंत्र प्रॅक्टिसमध्ये 'झाकली मूठ सव्वा लाखाची' या न्यायाने अपयश दीर्घकाळ झाकून ठेवता येत नाही. आणि अपयशाने एक ना एक प्रकारची अपात्रता उघडी झाली असे मानता येते. सरकारी नोकरीत रोगचिकित्सा, निदान व उपचार या बाबतीतली कमतरता झाकलेली व म्हणून संरक्षित राहू शकते; पण, याच कारणाने, पात्र-अपात्रतेचा छडा लावणे व्यवहारात अशक्य आहे. सार्वत्रिक व सततच्या बदलौकिकाद्वारे ज्या डॉक्टरांची अपात्रता जगजाहीर व सर्वमान्य झालेली आहे अशांचा अपवाद वगळता, बाकी सारे डॉक्टर कमीअधिक प्रमाणात पण पात्रच आहेत असे गृहीतच धरले पाहिजे.

येथवरच्या विवेचनाचा निष्कर्ष असा निघतो की, पदवी व रजिस्ट्रेशन प्रमाणपत्रे यांच्या आधारे किमान पात्रता सिद्ध झालेलीच असते असे गृहीत धरण्याला पर्याय नाही. हे गृहीत सर्वांच्या बाबतीत सर्व काळी खरे असतेच असे नाही. पण निर्विवाद पुरावा--वर स्पष्ट केलेल्या स्वरूपात--समोर आल्यावर, व आला तरच, अपात्रतेचा आरोप करता येतो. अशा पुराव्याच्या अभावी सरसकट शंका घेणे हा चारित्र्य-हननाचा प्रकार ठरतो. एखाद्या विशिष्ट डॉक्टरच्या संदर्भात नव्हे तर, एकंदर सर्वच 'राखीव' डॉक्टरांची पात्रता-अपात्रता मोजण्याचा प्रयत्न हा अव्यापारेषु व्यापार ठरतो, अश्लाघ्य प्रयत्न ठरतो.

ज्यांच्यासाठी राखीव जागा ठेवलेल्या आहेत अशा जातिजमातींमधील डॉक्टर जर नोकरी-पेशात स्थिर झालेले, जबाबदारीच्या जागांवर यशस्वीपणे काम करीत असलेले आढळले; नोकरीत असणाऱ्यांपैकी अनेक जण स्वतंत्र प्रॅक्टिस करण्याची इच्छा बाळगताना, नियोजन-पूर्वक त्या दिशेने प्रयत्न करताना, व या प्रयत्नात यशस्वी होताना आढळले; अनेक जण खेड्यांत, तालुक्यांच्या गावी व शहरांमध्ये स्वतंत्र प्रॅक्टिस यशस्वीपणे करीत असल्याचे आढळले; तर पात्रते-विषयी शंका घेणाऱ्यांना परस्पर चोख उत्तर मिळते. या गोष्टी जागेवर जाऊन पाहणे, या गोष्टींची डॉक्टरांकडून माहिती मिळविणे व्यवहार्य कोटीतले आहे. या कारणाने आम्ही आमच्या अभ्यासाचा तो मुख्य उद्देश म्हणून निश्चित केला.



अनुक्रमणिका

प्रकरण दुसरे

राखीव गटातील विद्यार्थ्यांच्या गुणवत्तेचे मूल्यमापन

प्रास्ताविक

बै. जि. वैद्यकीय महाविद्यालयाच्या दप्तरातून मिळालेल्या माहितीच्या व आकडेवारीच्या आधारे राखीव जातगटांतील विद्यार्थ्यांच्या प्रवेशाच्या टक्केवारी-विषयी तसेच परीक्षांमधील कामगिरीविषयी विश्लेषण या प्रकरणाच्या पहिल्या भागात केले आहे. 'राखीव जागांवर' ह्या सदराखाली दलित (शेडचुल्ड कास्ट्स), आदिवासी (शेडचुल्ड ट्राइब्ज), भटक्या/विमुक्त जातिजमाती (विमुक्त जाती अॅन्ड नोमॅडिक ट्राइब्ज) व 'इतर मागासवर्गीय' (अदर बॅकवर्ड क्लासेस-'ओबीसी') ह्या चार जातगटांचा समावेश आहे. वेगवेगळया जाती, उपजाती मिळून प्रत्येक जातगट बनला आहे. पहिल्या विभागातले विवेचन हे ह्या चार जातगटांपुरते मर्यादित ठेवले आहे. विद्यार्थ्यांच्या कौटुंबिक पार्श्वभूमीबद्दल दप्तरातून मिळालेल्या माहितीच्या आधारे राखीव गटातले विद्यार्थी शहरातून येतात की ग्रामीण भागातून, त्यांची जात काय, त्यांच्या पालकांचा व्यवसाय काय असतो, कोणत्या जिल्ह्यातून किती विद्यार्थी येतात, त्यांत मुली किती अशा प्रकारचे सम्यक चित्र ह्या प्रकरणाच्या दुसऱ्या विभागात मांडले आहे. तसेच जेथे शक्य झाले तेथे ह्या कौटुंबिक पार्श्वभूमीचा परीक्षेमधील कामगिरीशी परस्परसंबंध आहे का हे पाहण्याचाही प्रयत्न केला आहे.

विभाग पहिला

१९७१ ते ८२ या बारा वर्षांमध्ये बै. जि. वैद्यकीय महाविद्यालयामधून एम. बी. बी. एस. परीक्षा उत्तीर्ण झालेल्या राखीव जातगटातील एकूण ५८८ विद्यार्थ्यांची माहिती उपलब्ध झाली. राखीव गटांची कामगिरी खुल्या स्पर्धेतून आलेल्या विद्यार्थ्यांच्या तुलनेत मांडणे अगत्याचे होते. १९७६, १९८० व १९८२ ही तीन वर्षे त्यासाठी निवडली. ह्या तीन वर्षांत एकूण ४६० खुल्या स्पर्धेतील विद्यार्थी* उत्तीर्ण झाले. त्या तीन वर्षी राखीव गटांतून उत्तीर्ण झालेल्यांची संख्या १९७ आहे. परीक्षांतील कामगिरीची तुलना ह्या दोन गटांत केली आहे.

२.१. प्रवेशासाठीचे अर्ज आणि राखीव जागांची भरती.

राखीव जागांचे प्रमाण ३४% आहे. बै. जि. वैद्यक कॉलेजमध्ये एकूण २०० विद्यार्थ्यांना प्रवेश मिळतो. म्हणजेच एकूण राखीव जागा ६८ आहेत. ह्या राखीव जागांची विविध जातगटांत विभागणी खालीलप्रमाणे आहे:– दलित गट १३% (= २६ जागा), आदिवासी ७% (= १४ जागा), भटक्या/विमुक्त जाती ४% (= ८ जागा), इतर मागासवर्गीय १०% (= २० जागा).

त्या त्या गटासाठी असलेल्या जागा आणि प्रवेशा-साठी येणारे अर्ज याविषयीचे, १९७८ ते १९८२ या पाच वर्षांमधील एकत्रित चित्र पुढीलप्रमाणे आढळले :

कोष्टक क्र. २.१

दर जागेमागे प्रवेशअर्जाचे गटानुसार प्रमाण

जातगट →	दलित	आदिवासी	भटके/विमुक्त	इतर मागासवर्गीय	खुली स्पर्धा
एकूण जागा	२६	१४	८	२०	१३२
प्रत्येक जागेसाठी सरासरी अर्ज	४·२५	२·३६	५·६५	८·२१	५·०४

* विद्यार्थी म्हणत असताना त्यात विद्यार्थिनींचाही समावेश आहे. प्रत्येक नमुना-गटात किती स्त्रिया आहेत ह्याची आकडेवारी योग्य ठिकाणी दिली आहे. परन्तु वैद्यकीय महाविद्यालयात विशेषत: राखीव गटात मुली कमी असल्याने, वाचनाच्या सुलभतेच्या दृष्टीने विद्यार्थी असेच लिहिले आहे.

...२

अगदी आदिवासी गट जरी घेतला तरी एका जागेसाठी १९७८ नंतर २ पेक्षा अधिक अर्जदार होते असे दिसते; त्याचाच अर्थ जो अर्ज करील त्याला प्रवेश मिळेल अशी परिस्थिती त्यांच्या बाबतीतही राहिलेली नाही. एक जागेसाठी किती अर्ज येतात हा त्या त्या जातगटातील अंतर्गत स्पर्धेचा निर्देशक आहे. 'खुल्या स्पर्धे'तील गटात हे प्रमाण अपेक्षेपेक्षा कमी वाटत असले तर त्यामागे '८८-९० टक्क्यांपेक्षा कमी मार्क असले तर अर्ज तरी कशाला करा' असे मानस घडत असेल, अशी शक्यता आहे.

२.२. प्रवेशासाठीची टक्केवारी

प्रवेश मिळालेल्या प्रथम व शेवटच्या विद्यार्थ्यांच्या गुणांची, अनुक्रमे 'सर्वाधिक' व 'शेवटची' टक्केवारी १९७० ते १९८५ या काळात गटवार कशी राहिली ते पृ. ११ वर दिलेल्या कोष्टक क्र. २·२ वरून दिसून येईल.

कोष्टकावरून दिसून येणारी पुढील वैशिष्टये नमूद करण्यासारखी आहेत.

१) खुल्या स्पर्धेतील व इतर मागासवर्गीय गटातील विद्यार्थ्यांत फारसा फरक असल्याचे आढळत नाही. आधीच्या वर्षांमध्येही तो फारसा नव्हता. १९८५-८६ मध्ये तर इतर मागासवर्गीयांची 'शेवटची' टक्केवारी खुल्या स्पर्धेच्या तुलनेत थोडी जास्तच होती.

२) दलित जातगटाची खुल्या स्पर्धेच्या गटाशी तुलना करता सर्वाधिक टक्केवारीमधील अंतर २० वरून १० वा त्याहूनही कमी पर्सेंटेज पॉइंट्सवर आले आहे. दलितांच्या शेवटच्या टक्केवारीची पातळी अलीकडच्या वर्षांत पुष्कळ वर (७०% आसपास) आलेली आहे. पण खुल्या स्पर्धेतील शेवटच्या टक्केवारीच्या तुलनेत हे अंतर फारसे कमी झालेले नाही.

परीक्षापद्धतीमधील बदलामुळे मिळणाऱ्या गुणांचे प्रमाण एकंदरीने सर्वांचेच एकदम वाढले आहे ही गोष्ट खरी असली तरी ७०%च्या आसपास गुण मिळविणाऱ्या विद्यार्थ्यांस उद्देशून 'सुमार' असा शब्दप्रयोग खचितच करता येणार नाही.

३) आदिवासी जमातगट व 'खुल्या स्पर्धेचा' गट यांची तुलना केल्यास सर्वाधिक टक्केवारीतील अंतर गेल्या १५-१६ वर्षांच्या अवधीत ३० वरून १२-१५ पॉइंट्सपर्यंत खाली आलेले आहे. गेल्या चार वर्षांमध्ये आदिवासी गटातील सर्वाधिक टक्केवारी ८० च्या वर राहिलेली आहे ही गोष्ट लक्षणीय आहे. त्याच वेळी शेवटच्या टक्केवारींमधलेच १९७०-७१ मध्ये असलेले अंतर (साधारण २५ पॉइंट्स), कमी न होता उलट वाढले आहे असे दिसते. किंबहुना आदिवासी गटात, सर्वाधिक व शेवटची यांमधील अंतरही वाढले आहे. ते ३० पॉइंट्सपेक्षाही जास्त आहे.

४) भटके-विमुक्त जमातगट आणि खुली स्पर्धागट यांची तुलना करता सर्वाधिक टक्केवारीतले अंतर ७०-७१ साली ३५ पॉइंट्स होते ते गेल्या दोन वर्षांमध्ये १० पॉइंट्स इतके खाली आले आहे. त्यापेक्षा अधिक लक्षणीय मुद्दा शेवटच्या टक्केवारीबद्दल आहे. ७०-७१ साली ३० पॉइंट्स इतका असलेला फरक गेल्या दोन वर्षांमध्ये १२ पॉइंट्सपर्यंत खाली आलेला आढळतो. १९८४-८५ मध्ये ७७-७८% ना प्रवेश बंद झाला. सर्वाधिक व शेवटच्या टक्केवारीत फरक केवळ १० पॉइंट्सचा आहे.

जेमतेम पास होणाऱ्यांना किंवा सुमार गुण मिळालेल्या विद्यार्थ्यांना प्रवेश मिळतो असे फक्त आदिवासी गटामधील तळच्या काही विद्यार्थ्यांच्या बाबतीत दिसून येते ही गोष्ट ध्यानात घेणे महत्त्वाचे आहे.

प्रवेशासंदर्भातील गुणांच्या टक्केवारीबाबतची जी जातगटवार वैशिष्टये पाहिली त्या आधारे पुढील काही प्रश्न उपस्थित करता येतील :

१) सर्वाधिक व शेवटची या दोन्ही टक्केवारींच्या संदर्भात 'इतर मागासवर्गीय' गट खुल्या स्पर्धेच्या गटाशी तुल्यबल असेल तर 'इतर मागासवर्गीयां'साठी जागा राखून ठेवणे कितपत अर्थपूर्ण आहे? काही फरक नसणे हे या गटात समाविष्ट जाती मागास व दुबळ्या नसण्याचेच निदर्शक नाही का?

२) भटके-विमुक्त जमातगटाविषयी पुन्हा तोच प्रश्न निर्माण होतो. दलितांपेक्षा या जमाती मागास व दुबळ्या आहेत अशी सामान्य समजूत आहे. मुख्य नागर समाजाच्या सीमारेषांवर जगणाऱ्या या फुटकळ जमाती. पण सर्वाधिक व शेवटच्या टक्केवारीसंबंधी अलीकडील काही वर्षांमधील चित्र वरील समजुतीशी मेळ न खाणारे आहे. याचा उलगडा कसा करावयाचा?

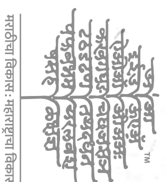
३) आदिवासी गटात शेवटची टक्केवारी आजही इतक्या खालच्या पातळीवर का राहिली आहे, तसेच सर्वाधिक व शेवटची यांतील अंतर वाढलेले का आढळते, हा प्रश्नही महत्त्वाचा आहे. या तिन्ही प्रश्नां-

कोष्टक क्र. २.२

गटवार प्रवेशाची सर्वाधिक व शेवटच्या विद्यार्थ्यांची टक्केवारी

प्रवेशाचे वर्ष	खुली स्पर्धा गट (ओपन मेरिट)		इतर मागासवर्गीय (ओ. बी. सी.)		दलित गट (एस. सी.)		आदिवासी गट (एस. टी.)		भटक्या/विमुक्त जमाती (व्ही. जे. एन्. टी.)	
	सर्वाधिक टक्केवारी	शेवटच्या विद्यार्थ्यांची %	सर्वाधिक %	शेवटची %	सर्वाधिक %	शेवटची %	सर्वाधिक %	शेवटची %	सर्वाधिक %	शेवटची %
१९७०	८६.५०	६९.६६	७५.८३	६७.००	६७.१६	४५.५०	५५.३३	४५.८३	६१.००	४१.१६
१९७१	८७.१६	७०.१६	८५.५०	६५.३३	७३.३३	४०.८३	७०.३३	४२.८३	६०.५०	४१.८३
१९७७	९६.००	८१.३३	—	—	७८.००	४९.६६	८०.००	४९.००	८२.३३	६४.६६
१९७८	९७.००	९३.००	९५.६०	८५.२०	८६.२०	६८.००	८१.३०	५३.००	८०.६६	७२.१०
१९७९	९८.१०	८८.००	९२.६६	८६.६६	९३.००	६६.००	७८.३३	५४.३३	८०.६६	७३.००
१९८०	९९.३३	८८.६६	९७.६६	८६.६६	८७.३३	६७.६६	७९.६६	५०.६६	८७.६६	७२.००
१९८१	—	९१.००	—	८८.००	—	७२.००	—	६५.००	—	७८.००
१९८२	१००.३०	९०.००	९५.६६	८९.३३	८९.००	६८.३३	८४.००	५३.३३	८३.३३	७३.३३
१९८३	९८.६६	८९.३३	९७.३३	८८.३३	८८.३३	६७.६६	८८.३३	६५.००	८१.६६	७२.६६
१९८४	९८.००	८९.३३	९४.६६	८७.००	८९.३३	६७.६६	७८.३३	—	८८.३३	७७.६६
१९८५	९९.००	९०.५०	९६.८३	९२.००	९३.००	८०.००	८२.००	४८.००	८८.६६	७८.६६

अनुक्रमणिका





संबंधी काही शक्यता येथे नमूद करण्यासारख्या आहेत. त्या अशा :

१) 'इतर मागासवर्गीय' या गटात पावणे-दोनशेहून अधिक जातींचा समावेश आहे. सामाजिक, आर्थिक व शैक्षणिक दृष्टचा त्यांतल्या काही जातींची स्थिती आज बरीच सुधारलेली आहे. राजकीय दृष्टचा काही जाती वजनदार आहेत. लेवा पाटीदार ह्या खान-देशातील सधन शेतकरी जातीचा समावेश १९८० साली झाला. अशा काही निवडक जातींमधील विद्यार्थी उच्च कोटीचे गुण मिळवू शकतात. अशा विद्यार्थ्यांची एकंदर संख्याही बरीच असते. केवळ २० जागांसाठी त्यांच्यात स्पर्धा होत असल्याने सर्वाधिक व शेवटची टक्केवारी या दोन्हींची पातळी वर उचलली जाऊन ती खुल्या स्पर्धेच्या बरोबरीस येऊन पोचते. या गटा-तील अशा थोड्या, बऱ्यापैकी सुस्थितीतील प्रगत जातींना 'राखीव' गटामधून वगळल्यास, याच, गटा-तील अद्यापही मागास असलेल्या जातींमधील विद्या-र्थ्यांना राखीव जागा तरतुदीचा लाभ मिळू शकेल.

२) भटक्या–विमुक्त जातगटात शहरी भागात स्थायिक झालेल्या काही पुढारलेल्या जातिजमातींचा समावेश आहे किंवा काही पुढारलेल्या जाती खोटा दाखला आणून ह्या गटात घुसतात ह्या (आधी आलेल्या प्रश्नांच्या संदर्भात केलेल्या) स्पष्टीकरणाला इथल्या सुधारलेल्या टक्केवारीमुळे दुजोरा मिळतो.

३) आदिवासी गटामध्येही, जातीच्या नावात थोडा फेरबदल करून प्रवेश मिळविण्याची क्लृप्ती केली जात असल्याचे ऐकण्यात येते. पण गेल्या सहा-सात वर्षांमध्ये आदिवासी असण्याबद्दलचे प्रमाणपत्र कसून तपासणी केल्याखेरीज मिळत नसल्याने अशी प्रकरणे आता बरीच कमी झाली असावीत. भटक्या / विमुक्त गटात जशा काही पुढारलेल्या जमाती आहेत तशी परिस्थिती आदिवासींमध्ये नसावी. त्यांच्यातील विविध जमातींपैकी अनेक कुटुंबे उच्चशिक्षित व उच्चपदस्थ बनली आहेत. अशा कुटुंबांतून आलेल्या विद्यार्थ्यांमुळे प्रवेशाची सर्वाधिक टक्केवारी वर जात असावी. पण अशा विद्यार्थ्यांची संख्या अल्प असल्याने उरलेल्या जागांमध्ये अजूनही शैक्षणिक-सामाजिक दृष्टचा मागास राहिलेल्या कुटुंबांमधील विद्यार्थी प्रवेश घेत असावेत. आदिवासींमध्ये शिक्षणाचा प्रसार व जागृती काही प्रमाणात झाली असली तरी अजूनही पुरेशा संख्येने विद्यार्थी विज्ञान शाखेतून वैद्यकपूर्व परीक्षा पास होत नसावेत व त्यामुळे फारशी स्पर्धा होण्याची परिस्थितीच अद्याप निर्माण होत नसावी.

बै. जि. वैद्यक महाविद्यालयाच्या बाबतीत तरी, एक आदिवासी गट सोडता सुमार विद्यार्थ्यांना प्रवेश मिळतो असे म्हणण्यासारखी आज परिस्थिती राहिलेली नाही. महाराष्ट्रातील सर्वच वैद्यक महाविद्यालयांमध्ये याबाबत एकसारखी परिस्थिती आढळेल असे अर्थातच नाही. पण आरंभीची काही वर्षे जी परिस्थिती होती ती यापुढे राहणार नाही एवढे तरी स्पष्ट आहे.

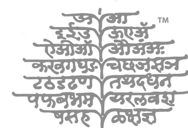
२·३. परीक्षांमधील कामगिरी

राखीव गटातील विद्यार्थ्यांना वैद्यक अभ्यासक्रम पेलत नाही; एक तर ते शिक्षण अर्धवट सोडून देतात किंवा अनेक वेळा नापास होत अखेरीस त्यांना (दया-बुद्धी दाखवून) ढकलूनच पास करावे लागते, असा युक्तिवाद विरोधकांकडून केला जातो. ह्यातील तथ्या-तथ्य तपासून पाहण्यासाठी वैद्यक परीक्षेतील कामगिरी (परफॉर्मन्स) पाहिली.

एम. बी. बी. एस. परीक्षा वर्षातून ऑक्टोबर व एप्रिल अशा दोन वेळा होतात. प्रत्येक वर्षीच्या दोन्ही परीक्षा मिळून त्या वर्षी पास झालेल्या विद्यार्थ्यांना (१) फर्स्ट, सेंकड व थर्ड ह्या परीक्षा पास होण्यास किती खेपा लागल्या, (२) त्यांना किती गुण मिळाले, (३) ४॥ वर्षांपेक्षा किती जणांना अधिक वर्षे लागली, आणि (४) मध्येच अभ्यासक्रम सोडल्याचे, म्हणजेच गळतीचे, प्रमाण काय राहिले ही परीक्षांतील काम-गिरीची उपांगे तपासली. उपलब्ध झालेल्या माहिती-वरून कोष्टके तयार केली. त्यांमधून समोर येणारे चित्र व उपस्थित होणाऱ्या मुद्द्यांचे विवेचन पुढे केले आहे.

२·३·१. परीक्षांमध्ये मिळालेले गुण : विद्यार्थ्याला परीक्षेत किती गुण मिळतात ही कामगिरीची प्रमाण कसोटी मानली जाते. वैद्यक शाखेत एम. बी. बी. एस. परीक्षा पास होण्यासाठी किमान ५० टक्के गुण लागतात. ६० टक्क्यांपेक्षा जास्त गुण मिळणाऱ्यांना प्रथमश्रेणी दिली जाते, त्यांचा वेगळा गट स्वाभाविक-पणे केला. ५० ते ६० हा एक गट न करता त्यात ५० ते ५५ व ५५·१ ते ५९·९ असे दोन गट केले. ५० ते ५५% पर्यंत गुण मिळवून पास होणारे

अनुक्रमणिका





विद्यार्थी साधारण पात्रता प्रकट करणारे असे म्हणता येईल तर ५५·१ ते ५९·९% गुण मिळवणारे विद्यार्थी मध्यम श्रेणीचे म्हणता येतील. 'राखीव गटातील विद्यार्थ्यांना ढकलूनच पास करावे लागते' ह्या प्रवादातील तथ्य बघण्यासाठी जेमतेम ५० टक्के गुण मिळवून थर्ड एम. बी. बी. एस. होणाऱ्या विद्यार्थ्यांचे प्रमाण किती हे पाहण्याला विशेष महत्त्व आहे.

१९७६, ८० व ८२ या तीन वर्षांची आकडेवारी एकत्रित करून फर्स्ट, सेकंड व थर्ड एम. बी. बी. एस.च्या परीक्षांमध्ये वेगवेगळ्या श्रेणींचे गुण संपादन करणाऱ्या विद्यार्थ्यांची संख्या व त्यांचे प्रमाण कोष्टक क्र. २·३ (१ ते ३) मध्ये दिले आहे. थर्ड एम. बी. बी. एस. च्या परीक्षेत मिळविलेल्या गुणांचे जे चित्र समोर येते त्याचीच येथे राखीव जातगटवार चर्चा केली आहे.

कोष्टक क्र. २·३ (१)

एम. बी. बी. एस. परीक्षांमधील गुणांच्या टक्केवारीनुसार विद्यार्थ्यांची जातगटवार विभागणी

		फर्स्ट एम. बी. बी. एस. परीक्षा				
		गुणांची टक्केवारी				एकूण विद्यार्थी संख्या
		५०–५५	५५·१–५९·९	६०–६५	६५ च्या वर	
खुली स्पर्धा गट	विद्यार्थी संख्या	९४	१७०	१२८	४२	४३४
	प्रमाण	(२१·६६)	(३९·१७)	(२९·४९)	(९·६८)	(१००·००)
राखीव गट	दलित	४६	२०	५	—	७१
		(६४·७९)	(२८·१६)	(७·०४)	—	(१००·००)
	इतर मागास-वर्गीय	२७	२८	१६	३	७४
		(३६·४९)	(३७·८४)	(२१·६२)	(४·०५)	(१००·००)
	भटक्या व विमुक्त जाति-जमाती	१०	७	४	—	२१
		(४७·६२)	(३३·३३)	(१९·०५)	—	(१००·००)
	आदिवासी	३	४	१	—	८

(कंसातील आकडा एकूण विद्यार्थी-संख्येशी असलेले प्रमाण दर्शवितो)

(पुढील पानावर चालू)

कोष्टक क्र. २.३ (२)

एम. बी. बी. एस. परीक्षांमधील गुणांच्या टक्केवारीनुसार विद्यार्थ्यांची जातगटवार विभागणी

		सेकंड एम. बी. बी. एस. परीक्षा				
		गुणांची टक्केवारी				एकूण विद्यार्थी संख्या
		५०–५५	५५·१–५९·९	६०–६५	६५ च्या वर	
खुली स्पर्धा गट	विद्यार्थी संख्या	१००	१९३	१३८	२२	४५३
	प्रमाण	(२२·०८)	(४२·६०)	(३०·४६)	(४·८६)	(१००·००)
राखीव गट	दलित	५७	२७	१	—	८५
		(६७·०६)	(३१·७६)	(१·१८)	—	(१००·००)
	इतर मागास वर्गीय	३८	२६	११	—	७५
		(५०·६७)	(३४·६७)	(१४·६६)	—	(१००·००)
	भटक्या व विमुक्त जाति-जमाती	१०	७	३	—	२०
		(५०·००)	(३५·००)	(१५·००)	—	(१००·००)
	आदिवासी	६	४	—	—	१०

(कंसातील आकडा एकूण विद्यार्थी-संख्येशी असलेले प्रमाण दर्शवितो.)

(पुढील पानावर चालू)

कोष्टक क्र. २·३ (३)

एम. बी. बी. एस. परीक्षांमधील गुणांच्या टक्केवारीनुसार विद्यार्थ्यांची जातगटवार विभागणी

		थर्ड एम. बी. बी. एस. परीक्षा				
		गुणांची टक्केवारी				एकूण विद्यार्थी संख्या
		५०–५५	५५·१–५९·९	६०–६५	६५ च्या वर	
खुली स्पर्धा गट	विद्यार्थी संख्या	१०८	१७१	१५१	३०	४६०
	प्रमाण	(२३·४८)	(३७·१७)	(३२·८३)	(६·५)	(१००.००)
राखीव गट	दलित	६७	२०	२	—	८९
		(७५·२८)	(२२·४७)	(२·२५)	—	(१००·००)
	इतर मागास-वर्गीय	३४	३३	६	३	७६
		(४४·७४)	(४३·४२)	(७·८९)	(३·९५)	(१००·००)
	भटक्या व विमुक्त	१२	६	३	—	२१
		(५७·१४)	(२८·५७)	(१४·२९)	—	(१००·००)
	आदिवासी	८	२	—	—	१०

(कंसातील आकडा एकूण विद्यार्थी-संख्येशी असलेले प्रमाण दर्शवितो.)

'इतर मागासवर्गीय' हा गट खुल्या स्पर्धेच्या जवळ येणारा. थर्डच्या परीक्षेत मात्र हे विद्यार्थी गट म्हणून बरेच मागे पडतात; ५५% च्या आत असणाऱ्यांचे प्रमाण 'खुल्या स्पर्धे'च्या गटाच्या जवळपास दुप्पट आढळते. दुसऱ्या टोकाला पहिल्या श्रेणीत पास होणाऱ्यांचे प्रमाण एकदम कमी होते. खुल्या स्पर्धेतल्यांशी तुलना करता ते, एकतृतीयांशापेक्षाही कमी आढळते.

दलित गटात ५५ % च्या आतच गुण मिळवू शकलेल्यांचे प्रमाण वाढते, त्यांच्यातील चारपैकी तीन विद्यार्थी साधारण प्रतीचे गुण मिळवून पास होतात, तर खुल्या स्पर्धेतले चार पैकी तीन विद्यार्थी मध्यम व प्रथम श्रेणीत पास होतात. पहिल्या श्रेणीत या दोन गटांमध्ये ३५–३६ पर्सेन्टेज पॉइंट्सचा फरक पडतो.

भटक्या / विमुक्त व आदिवासी गटांत एकंदर विद्यार्थ्यांची संख्याही कमीच आहे. तरीपण भटक्या / विमुक्त गटातील विद्यार्थी कामगिरीच्या दृष्टीने दलित गटापेक्षा सरस आहेत असे नक्कीच म्हणता येते.

आदिवासी गट हा गुणांच्या बाबतीत दलित गटासारखाच आहे.*

२.३.२ काठावर पास होणारे विद्यार्थी : 'राखीव' विद्यार्थ्यांना ढकलून पास करावे लागते या प्रवादाच्या संदर्भात काठावर किती विद्यार्थी पास होतात हे पाहण्यास महत्त्व आहे.

१९७६, ८० व ८२ ह्या तीन वर्षी उत्तीर्ण झालेल्या विद्यार्थ्यांची थर्ड एम. बी. बी. एस. ची टक्केवारी पाहिली. ज्या विद्यार्थ्यांना ५०.४ %पर्यंत गुण होते अशांची यादी केली. त्यातील एक खुल्या स्पर्धेतला विद्यार्थी सोडला तर इतरांना ५० % च्या आतच गुण होते.$ एक आदिवासी विद्यार्थी वगळता सर्व विद्यार्थी एप्रिलमधील † परीक्षेत पास झाले होते.

कोष्टक क्र. २.३ अ

५० ± % गुण मिळवून काठावर पास होणाऱ्या विद्यार्थ्यांची गटवार विभागणी

	पास होण्याचे वर्ष→	१९७६	१९८०	१९८२	एकूण विद्यार्थी	काठावर पास होणाऱ्यांचे प्रमाण %
	गुणांची टक्केवारी→	५०.४ पर्यंत	५०.४ पर्यंत	५०.४ पर्यंत		
खुली स्पर्धा गट		—	४	—	४६०	०.८७
राखीव जातगट	इतर मागास वर्गीय	—	—	—	७६	—
	दलित	—	६	—	९०	६.६७
	भटके / विमुक्त	१	२	—	२१	१४.३
	आदिवासी	—	१	—	१०	१०.०
	एकूण राखीव	१	९	—	१९७	५.१

* १९८२ साली एम. बी. बी. एस. झालेल्या ७ आदिवासींपैकी दोघा जणांना ५५% पेक्षा जास्त गुण मिळाले. कुतूहल म्हणून, हे कोण असे बघितले तर त्यांची आडनावे ठाकूर व जाधव अशी निघाली. प्रवेशापुरते 'आदिवासी' बनलेल्यांपैकी तर हे नव्हेत असा प्रश्न पडला.

$ ५० % पेक्षा कमी गुण मिळाल्याची नोंद 'स्टुडन्ट कार्ड'वर होती. काही नियमांच्या आधारे यांना पास करून टाकले असे कदाचित या विद्यार्थ्यांबद्दल म्हणता येईल.

† एम. बी. बी. एस. च्या परीक्षा ऑक्टोबर व एप्रिल अशा दोन वेळा होतात. एप्रिलची परीक्षा ही 'रिपीटर्स बॅच'ची परीक्षा मानली जाते. ती तुलनेने अधिक ढिलेपणाने घेतली जाते असे म्हटले जाते.

वरील कोष्टकावरून ध्यानात येईल की काठावर पास झालेल्यांपैकी बहुसंख्य १९८० सालातले आहेत. १९७६ व ८२ ही अपवादात्मक वर्षे आहेत की काय हे बघण्याच्या दृष्टीने आम्ही १९७७, ७८ (एप्रिल), ७९ (ऑक्टोबर), ८१ या वर्षांची राखीव गटांची गुणांची आकडेवारी पाहिली. एकूण २०७ उत्तीर्ण झालेल्यांपैकी फक्त ५ जण काठावर पास झालेले आढळले. ह्याही कालावधीत 'इतर मागासवर्गीयां'पैकी काठावर पास झालेला एकही विद्यार्थी नव्हता हे विशेष. १९७७ ते ८२ ह्या सर्व वर्षांचे एकत्रित प्रमाण काढले तरी ते ३.७ इतकेच येते.

कोष्टकातील तीन वर्षांचे काठावर पास होणाऱ्यांचे प्रमाण जरी ग्राह्य मानले, तरी राखीव गटातील विद्यार्थ्यांना सरसकट ढकलूनच पास करावे लागते ह्या विधानातील फोलपणा लक्षात येईल.

काठावर जेमतेम पास झालेल्यांचे प्रवेशावेळचे गुण माहीत नसल्याने, प्रवेशावेळची गुणांची टक्केवारी व जेमतेम पास होणे यांत सहसंबंध आढळतो असे निश्चित म्हणता येत नाही ही गोष्ट ध्यानात ठेवली पाहिजे. काही विद्यार्थ्यांना वैद्यकीय अभ्यासक्रम खरोखरच अवघड जातो; त्यांपैकी काही गळती होते तर काही कसेबसे पास होतात. अशा विद्यार्थ्यांपैकी बहुतेक जण राखीव गटातील असतात अशी वस्तुस्थिती दिसते.

२.३.३. परीक्षा उत्तीर्ण होण्यास लागलेल्या खेपा : एकंदर ४॥ वर्षांच्या वैद्यकीय अभ्याक्रमात विद्यापीठाच्या तीन परीक्षा, प्रत्येकी दीड वर्षांनी असतात. तिन्ही परीक्षांपैकी पहिली व विशेषतः तिसरी परीक्षा अवघड मानली जाते. फर्स्ट एम.बी.बी.एस. च्या परीक्षेस जास्तीत जास्त चार वेळा बसता येते. त्या अवधीत पास न झाल्यास विद्यापीठाकडून राखीव गटातील विद्यार्थ्यांना आणखी दोन वेळा बसण्यास परवानगी मिळते. त्याला mercy attempts असे संबोधले जाते. इतके होऊनही विद्यार्थी जर पास झाला नाही तर त्यास कॉलेज सोडावे लागते. सेकंड एम. बी. बी. एस. परीक्षा पहिल्या प्रयत्नात (खेपेस) पास झाली नाही तरी विद्यार्थ्याचे वर्ष बुडत नाही कारण थर्ड एम. बी. बी. एस. ला प्रवेश मिळतो व त्या वर्षीच्या दोन टर्म संपेपर्यंत सेकंडचे पेपर सुटले तरी चालतात. तोपर्यंत न सुटल्यास थर्ड एम. बी. बी. एस. च्या परीक्षेस बसायला परवानगी मिळत नाही. थर्ड एम. बी. बी. एस. च्या परीक्षेस कितीही वेळा बसता येते; अमुक इतक्या खेपांत पास व्हायला पाहिजे असा काही नियम नाही. परंतु त्या परीक्षेस अधिक खेपा लागल्यास पुढे पदव्युत्तर शिक्षणक्रमास प्रवेश मिळत नाही.

फर्स्ट, सेकंड, थर्ड एम. बी. बी. एस. च्या परीक्षा पास होण्यासाठी वेगवेगळ्या गटांतील विद्यार्थ्यांना किती खेपा लागल्या ह्याचे कोष्टक पृष्ठ १८–१९ वर दिले आहे. (कोष्टक क्र. २.४)

फर्स्ट एम. बी. बी. एस. ची परीक्षा

ह्या परीक्षेतील वेगवेगळ्या गटांतील विद्यार्थ्यांची कामगिरी पाहिल्यास 'खुल्या स्पर्धे'च्या व 'इतर मागासवर्गीय' ह्या दोन गटांतील विद्यार्थ्यांची कामगिरी तुल्यबल असल्याचे आढळते. पहिल्या खेपेत परीक्षा पास होणाऱ्यांची दोन्ही गटांची टक्केवारी जवळपास सारखी (सुमारे ८३-८४%) आहे. तसेच फर्स्ट एम. बी. बी. एस. पास होण्यासाठी दोनपेक्षा जास्त खेपा फारच थोड्या विद्यार्थ्यांना लागतात असे दिसते. त्याच्यानंतर भटक्या/विमुक्त गटाचा क्रमांक लागतो. ह्याही जातगटात दोनपेक्षा अधिक खेपा लागणारे कुणीच नव्हते.

दलित गटातील, साधारणपणे, तिनांतील एक विद्यार्थी पहिल्या प्रयत्नात सुटल्याचे दिसते. दुसऱ्या खेपेत सुमारे ४४%, तिसऱ्या खेपेत १४%, तर ४-५% विद्यार्थी चौथ्या म्हणजे शेवटच्या संधीला सुटल्याचे दिसते. आदिवासी गटामधून १९७६ साली अवघे दोन व १९८० साली अवघा एक विद्यार्थी एम. बी. बी. एस. झाला. या तिघांनाही फर्स्ट परीक्षा पास व्हायला दोन खेपा लागल्या. प्रमाण वा टक्केवारीच्या भाषेत बोलण्याइतका आकडा मोठा नाही. १९८२ साली ७ जण एम. बी. बी. एस. झाले. फर्स्टच्या परीक्षेच्या संदर्भात त्यांची परिस्थिती साधारणपणे दलित गटातील विद्यार्थ्यांसारखीच आहे असे म्हणता येते.

थर्ड एम. बी. बी. एस. परीक्षा

ही परीक्षा सर्वच गटांना अवघड जाताना दिसते. खुल्या स्पर्धेतील विद्यार्थ्यांच्या बाबतीतही पहिल्या खेपेतच पास होणाऱ्यांचे प्रमाण सेकंडच्या परीक्षेच्या तुलनेतही ८–९ टक्क्यांनी घसरते. तसेच ३–४ खेपा कराव्या लागल्या अशांचे प्रमाणही वाढते. या पार्श्वभूमीवर इतरांची टक्केवारी तपासली तर पुढील चित्र दिसते.

अनुक्रमणिका

कोष्टक क्रमांक २.४ (१)

एस. बी. बी. एस. परीक्षा पास होण्यास लागणाऱ्या खेपांनुसार विद्यार्थ्यांची गटवार विभागणी

		फर्स्ट एम. बी. बी. एस. परीक्षा पास होण्यास लागलेल्या खेपा				
		१	२	३	४ वा अधिक	एकूण विद्यार्थी
खुल्या स्पर्धेच्या गटातील विद्यार्थी-संख्या व (प्रमाण)		३८९ (८८.६)	४७ (१०.७)	१ (०.२३)	२ (०.४६)	४३९ (१००.००)
राखीव गटातील विद्यार्थी	दलित	३२ (३७.२)	३८ (४४.१)	१२ (१४.०)	४ (४.७)	८६ (१००.००)
	इतर मागास-वर्गीय	६३ (८२.९)	१२ (१५.८)	१ (१.३)	–	७६ (१००.००)
	भटक्या/विमुक्त जमाती	१६ (७६.२)	५ (२३.८)	–	–	२१ (१००.००)
	आदिवासी	२	७	२	–	११

कोष्टक क्र. २.४ (२)

एम. बी. बी. एस. परीक्षा पास होण्यास लागणाऱ्या खेपांनुसार विद्यार्थ्यांची गटवार विभागणी

		सेकंड एम. बी. बी. एस. परीक्षा पास होण्यास लागलेल्या खेपा				
		१	२	३	४ वा अधिक	एकूण विद्यार्थी
खुल्या स्पर्धेच्या गटातील विद्यार्थी-संख्या व प्रमाण		३७२ (८१.८)	६६ (१४.५)	१२ (२.६)	५ (१.०)	४५५ (१००.०)
राखीव गटातील विद्यार्थी	दलित	२८ (३१.८)	२८ (३१.८)	२० (२२.७)	१२ (१३.६)	८८ (१००.०)
	इतर मागास-वर्गीय	६० (८०.०)	१२ (१६.०)	३ (४.०)	– –	७५ (१००.०)
	भटक्या/विमुक्त जमाती	१२ (५७.१)	५ (२३.८)	३ (१४.३)	१ (४.८)	२१ (१००.०)
	आदिवासी	४	२	५	–	११

कोष्टक क्रमांक २.४ (३)

एम. बी. बी. एस. परीक्षा पास होण्यास लागणाऱ्या खेपांनुसार विद्यार्थ्यांची गटवार विभागणी

		थर्ड एम. बी. बी. एस. परीक्षा पास होण्यास लागलेल्या खेपा				
		१	२	३	४ वा अधिक	एकूण विद्यार्थी
खुल्या स्पर्धेच्या गटातील विद्यार्थी-संख्या व (प्रमाण)		३३४ (७२.६)	९० (१९.७)	१७ (३.७)	१७* (३.७)	४५८ (१००.०)
राखीव गटातील विद्यार्थी	दलित	१६ (१८.०)	२१ (२३.६)	२२ (२४.७)	३०† (३३.७)	८९ (१००.०)
	इतर मागासवर्गीय	३७ (४८.७)	२९ (३८.२)	६ (७.९)	४ (५.३)	७६ (१००.०)
	भटक्या / विमुक्त जमाती	८	८	३	३	२२
	आदिवासी	२	४	३	२$	११

(कंसातील आकडा एकूण विद्यार्थ्यांशी असलेले प्रमाण दर्शवितो.)

* एका विद्यार्थ्याला पास होण्यास १९ खेपा लागल्या.

† एका विद्यार्थ्याला १४ खेपा लागल्या.

$ एका विद्यार्थ्याला १० खेपा लागल्या.

फर्स्टच्या टप्प्यावर 'इतर मागासवर्गीय' गटाची कामगिरी 'खुल्या स्पर्धे'च्या गटाशी तुल्यबल होती. आता मात्र थर्ड परीक्षेत पहिल्या प्रयत्नात पास होणाऱ्यांचे प्रमाण ५० टक्क्यांपेक्षाही खाली जाते. तीन किंवा अधिक वेळा परीक्षेस बसणाऱ्यांचे प्रमाण १२–१३% होते. दलित जातगटात थर्डची परीक्षा पहिल्या प्रयत्नात पास होणाऱ्यांचे प्रमाण खाली तर येतेच पण तीनपेक्षा जास्त वेळा परीक्षेला बसावे लागणाऱ्यांचे प्रमाण ५५% पेक्षा जास्त आढळते. तुलनेने भटक्या / विमुक्त गटाची कामगिरी बरी आहे. आदिवासींच्या बाबतीत एकूणच आकडा कमी असल्यामुळे टक्केवारीत लिहिणे शक्य नाही. इथेही ते साधारणपणे दलितांच्या जवळपास आढळतात.

थर्डची परीक्षा अवघड असते त्यामुळे काही विद्यार्थी ४–५ नाही तर ८–१० वेळा वर्षानुवर्षे परीक्षेस बसणारे आढळतात, असे बोलले जाते. १९७६, ८०,८२ ह्या तीन वर्षांत पास झालेल्या खुल्या स्पर्धेतील ४६० विद्यार्थ्यांपैकी एका विद्यार्थ्याला पास होण्यास १९ खेपा लागल्या, तर राखीव गटातील १९७ विद्यार्थ्यांपैकी तीन विद्यार्थ्यांना जास्त खेपा (८; १०, १४) लागल्या.

२·३·४. वैद्यकीय अभ्यास पूर्ण करण्यास लागणारा कालावधी : वैद्यकीय अभ्यासक्रम पूर्ण करण्यास विद्यार्थ्यास एकूण किती कालावधी लागला हादेखील विद्यार्थ्यांच्या कामगिरीचा निदर्शक होऊ शकतो. अभ्यासक्रम पूर्ण करण्यास लागणाऱ्या कालावधीनुसार तयार केलेले कोष्टक क्र. २·५ खाली दिले आहे.

खुल्या स्पर्धेतील विद्यार्थ्यांना वैद्यकीय अभ्यासक्रम पुरा करणे तुलनेने सोपे जाते ही अपेक्षा पुरी होते. पण त्यांच्यातल्याही जवळजवळ ५० टक्के विद्यार्थ्यांना ४॥ वर्षांपेक्षा काही अवधी अधिक लागतो ह्याकडे लक्ष वेधले जाते.

वैद्यकीय महाविद्यालयात प्रवेश घेतेवेळी लागणाऱ्या टक्केवारीच्या बाबतीत 'इतर मागासवर्गीय' खुल्या स्पर्धेतील विद्यार्थ्यांशी बरोबरी करू लागले आहेत. पण वैद्यकीय अभ्यासक्रम ४॥ वर्षांमध्ये पुरा करण्याच्या बाबतीत (काही वर्षांपूर्वीपर्यंत तरी) ते खुल्या स्पर्धेतील विद्यार्थ्यांच्या मागे असल्याचे दिसते. दलित, आदिवासी व भटक्या/विमुक्त गटांतील थोडेच विद्यार्थी हा अभ्यासक्रम ४॥ वर्षांत पुरा करताना आढळतात. हेही अपेक्षित होते असे म्हणता येईल.

४॥ वर्षांऐवजी ६ वर्षांत हा कोर्स किती जणांनी पुरा केला असे जर पाहिले तर खुल्या स्पर्धेतील सुमारे ९६% विद्यार्थी एवढ्या कालावधीत पास झालेले दिसतात. ४॥ वर्षांच्या कसोटीत मागे असलेले 'इतर मागासवर्गीय' व भटक्या/विमुक्त गटांतील विद्यार्थी

कोष्टक क्र. २·५

वैद्यकीय अभ्यासक्रम पूर्ण करण्यास लागलेल्या वर्षांनुसार, जातगटवार विद्यार्थ्यांची विभागणी

		वैद्यकीय अभ्यासक्रम पूर्ण करण्यास लागलेली वर्षे								एकूण विद्यार्थी संख्या
		४½	५	५½	६	६½	७	७½	८ व अधिक	
'खुली स्पर्धा' गट		२३४ (५२·९)	१४३ (३२·४)	३५ (७·९)	१५ (३·४)	३ (०·६८)	५ (१·१)	४ (०·९)	३ (०·६८)	४४२ (१००·००)
राखीव जातगट	दलित	७ (७·९५)	१७ (१९·३)	९ (१०·२)	१९ (२१·६)	७ (७·९५)	८ (९·१)	५ (५·७)	१६ (१८·१८)	८८ (१००·००)
राखीव जातगट	'इतर मागास-वर्गीय'	२४ (३२·९)	३१ (४२·३)	१० (१३·७)	४ (५·४)	२ (२·७)	—	१ (१·४)	१ (१·४)	७३ (१००·००)
राखीव जातगट	भटक्या/विमुक्त	३ (१५·०)	९ (४५·०)	३ (१५·०)	४ (२०·०)	१ (५·०)	—	—	—	२० (१००·००)
राखीव जातगट	आदिवासी	१ (९·१)	—	४ (३६·४)	२ (१८·२)	१ (९·१)	१ (९·१)	१ (९·१)	१ (९·१)	११ (१००·००)

(कंसातील आकडा एकूण विद्यार्थ्यांशी असलेले प्रमाण दर्शवितो.)

इथे मात्र 'खुल्ली स्पर्धा' गटाच्या बरोबरीला येतात. (९५%), ही लक्षणीय बाब आहे. तर दलित व आदिवासी गटांची टक्केवारी ६ वर्षांनंतर ६०% च्या आसपासच राहते. दलितांमध्ये आठ किंवा अधिक वर्षे लागणाऱ्यांचे प्रमाण दुर्लक्ष करण्याइतके कमी नाही (१८%). याउलट, निवडलेल्या तीन वर्षांमध्ये भटक्या/विमुक्त गटातील एकासही साडेसहा वर्षांपेक्षा अधिक काळ लागला नाही.

२·३·५. **गळतीचे प्रमाण**

१९७२ ते ७६ या पाच वर्षी प्रत्येक गटामधून प्रवेश घेतलेल्यांची संख्या, अभ्यास अर्धवट सोडलेल्यांची संख्या तसेच प्रवेश घेऊन दहा वर्षे झाली तरी अद्यापही थर्ड एम. बी. बी. एस. ची परीक्षा न सुटलेले ह्यांची आकडेवारी गोळा केली. त्यावर आधारित कोष्टक पृष्ठ २२ वर दिले आहे. (कोष्टक क्र. २.६)

कोष्टकावरून पुढील ठळक मुद्दे समोर येतात.

(१) या पाच वर्षांमध्ये आदिवासी गटासाठी ठेवलेल्या सर्व जागा भरल्या नाहीत. किंबहुना, पाच वर्षांपैकी ३ वर्षी जेमतेम एकतृतीयांश जागा भरल्या होत्या. (२) अभ्यासक्रम अर्धवट सोडून देणाऱ्यांचे प्रमाण राखीव जागांमधून येणाऱ्या विद्यार्थ्यांमध्ये या पाच वर्षांत ४% पासून १४.८% पर्यंत राहिल्याचे आढळते. सरासरी प्रमाण वर्षाला ८% इतके पडते.

कमी गुण मिळूनही राखीव पद्धतीने प्रवेश देण्यामुळे बरेच जण अभ्यासक्रम सोडून देतात; म्हणजे एवढ्या सगळ्या जागा वाया जातात, तेवढ्या संख्येने हुशार गुणवान मुलांची संधी हिरावून घेतली जाते. हा आक्षेप साधार आहे असे म्हणण्याइतके गळतीचे हे प्रमाण आहे का?

गळतीचे प्रमाण लक्षात घेता जागा राखून ठेवण्याचे धोरणच चुकलेले आहे असा निष्कर्ष काढणे खचितच गैर आहे. पण हे प्रमाण नगण्य म्हणून दुर्लक्ष करण्याइतके कमी नाही हेही नमूद करायला हवे. परीक्षांमधील कामगिरीत भटके/विमुक्त, दलित व आदिवासी गटांपेक्षा लक्षणीय प्रमाणात सरस आढळले. या पार्श्वभूमीवर गळतीचे प्रमाण या गटात सर्वांत अधिक आढळावे ही गोष्ट अनपेक्षित होती. त्याचा उलगडा होत नाही.

१९७२ ते ७६ मध्ये प्रवेश घेतलेल्या विद्यार्थ्यांबाबतची आकडेवारी येथे विचारात घेतली आहे. मधल्या दहा-बारा वर्षांच्या काळात परिस्थितीत पुष्कळच फरक पडला आहे. दलित व भटके/विमुक्त या गटांमध्ये राखीव जागांसाठी स्पर्धा वाढली आहे. प्रवेशासाठी पुष्कळ वरच्या कोटीचे गुण आता लागतात. तसेच वेगळ्या सामाजिक-आर्थिक थरांमध्ये विद्यार्थी येऊ लागले आहेत. यांसारख्या कारणांमुळे अलीकडे प्रवेश घेतलेल्या विद्यार्थ्यांमध्ये गळतीचे प्रमाण बरेच कमी झाले असण्याची शक्यता ध्यानात ठेवली पाहिजे.

२·४. राखीव गटांतील विद्यार्थ्यांची पात्रापात्रता : निष्कर्ष

'इतर मागासवर्गीय' गट प्रवेशाच्या सर्वाधिक व शेवटच्या टक्केवारीच्या बाबतीत 'खुल्या स्पर्धेच्या' गटाशी बरोबरी करतो. पण परीक्षांमधील गुणांची टक्केवारी, लागलेल्या खेपा, गळतीचे प्रमाण या बाबतीत या दोन गटांमध्ये निश्चित अंतर पडते. 'इतर मागासवर्गीय' गटामध्ये समाविष्ट जातींपैकी काहीच थोड्या सुस्थितीतल्या व पुढारलेल्या जातींमधील विद्यार्थी बहुतकरून वैद्यक शाखेत प्रवेश घेतात असे असले तरी या जाती आणि 'खुल्या स्पर्धे'च्या गटात समाविष्ट असलेल्या उच्चवर्णीय जाती यांच्यात तरीही जे सामाजिक-शैक्षणिक अंतर आहे ते कामगिरीत आढळणाऱ्या अंतरामध्ये प्रतिबिंबित होते असे म्हणता येईल.

इतर राखीव गटांचे प्रवेश-गुणांच्या बाबतीतही अंतर बरेच आहे. अन्य कसोट्यांवर त्यात वाढच होते. वेगवेगळ्या गटांच्या संदर्भात प्रवेशाच्या शेवटच्या टक्केवारीमध्ये खुल्या स्पर्धेच्या तुलनेत अद्यापिही आढळणाऱ्या मोठ्या अंतरावरच केवळ लक्ष केंद्रित करणे मात्र गैर ठरेल. शिक्षणाचा प्रसार, तसेच शिक्षितांच्या दुसऱ्या पिढीतली मुले स्पर्धेत उतरायला लागल्यामुळे राखीव गटांची (आदिवासींचा अपवाद वगळता) शेवटची टक्केवारी पूर्वीच्या तुलनेत जवळपास २५ परसेंटेज पॉइन्टसने वर गेली आहे; म्हणजेच या गटांमधून आता चांगल्या गुणांनी पास होणारी मुले-मुली वैद्यकीय अभ्यासक्रमात प्रवेश घेत आहेत, या वस्तुस्थितीकडे दुर्लक्ष होता कामा नये.

राखीव गटांतील विद्यार्थ्यांना वैद्यकीय अभ्यासक्रम झेपत नाही; त्यांना दयाबुद्धी दाखवूनच पास करावे

कोष्टक क्र. २·६

गळतीचे प्रमाण

प्रवेशाचे साल →		१९७२		१९७३		१९७४		१९७५		१९७६		१९७२ ते ७६ ह्या काळात प्रवेश घेतलेल्यांमध्ये गळतीचे प्रमाण
		प्रवेश घेतलेल्या विद्यार्थींची संख्या	गळतीचा आकडा	प्रवेश संख्या	गळतीचा आकडा	प्रवेश संख्या	गळतीचा आकडा	प्रवेश संख्या	गळतीचा आकडा	प्रवेश संख्या	गळतीचा आकडा	
खुल्या स्पर्धेचा गट		१३२	३	१३२	२	१३२	१ (२)	१३२	१	१३२	०	७÷६६० (१.०६)
राखीव जातगट	इतर मागासवर्गीय	२२	०	२४	०	२३	१	२१	३	२३	०	४÷११३ (३.५४)
	दलित	२७	३	३१	२	३१	३	२८	३	३०	१	१२÷१४७ (८.१६)
	आदिवासी	८	२	४	०	४	०	१०	२ (२)	५	०	४÷३१ (१२.९०)
	भटक्या / विमुक्त	९	३	९	–	१०	१	९	–	१०	१	७÷४७ (१४.८९)
	राखीव एकूण	६६	८	६८	२	६८	५	६८	१०	६८	२	२७÷३३८ (७.९९)

(लहान कंसांतील आकडे– ह्यांचे शिक्षण १९८६ मध्येही चालू होते.)

लागते, असे चित्र काही आढळत नाही. डॉक्टर होण्यास हे 'राखीव' विद्यार्थी सरसकट अपात्र असतात हा प्रवाददेखील निराधार ठरतो.

पण 'खुली स्पर्धा' गट आणि 'राखीव' गट यांच्यात अंतरही बरेच आहे. दलित गटाची कामगिरी ठळकपणे ध्यानात येण्याइतकी कमी आढळते. आदिवासींची संख्या कमी असली तरी त्यांच्या कामगिरीची पातळी दलितांच्या जवळपासच आहे. खुल्या स्पर्धेच्या तुलनेत पडणारे हे अंतर दुर्लक्ष करण्याजोगते निश्चित नाही.

राखीव गटांतील जातींचे सामाजिक-सांस्कृतिक व शैक्षणिक मागासलेपण ध्यानात घेऊन आपण असे म्हणू शकतो की, आणखी काही काळ खुल्या स्पर्धेतल्या विद्यार्थ्यांशी बरोबरी करण्याची अपेक्षा बाळगणे उचित होणार नाही. ५२–५३ टक्क्यांच्या वर गुण मिळवून, ६–६॥ वर्षांमध्ये अभ्यासक्रम पूर्ण करणाऱ्या विद्यार्थ्यांनी (राखीव) समाधानकारपणे पदवी प्राप्त केली, असे म्हटले पाहिजे.

दलित गटांतील विद्यार्थ्यांची कामगिरी या पार्श्वभूमीवर स्थूलमानाने पुढीलप्रमाणे आढळते : प्रवेश घेतलेल्या शंभर दलित विद्यार्थ्यांपैकी आठएक विद्यार्थी अभ्यासक्रम सोडूनच देतात. उरलेल्या ९२ विद्यार्थ्यांपैकी तीसएक विद्यार्थ्यांना ७ वर्षांहून अधिक वर्षे लागतात. त्यांतले १६–१७ विद्यार्थी पास होण्यास ८ किंवा अधिक वर्षे घेतात. गुणांचा निकष त्याला जोडावयाचा म्हटले तर ५१/५२ टक्क्यांपर्यंतच गुण मिळविणारे दलितांमध्ये बरेच आहेत. गळून जाणारे, ८ व अधिक वर्षे घेणारे व अगदीच ५१/५२ टक्के गुण संपादन करणारे असे एकत्र केले तर त्यांचे प्रमाण २५-३० टक्के तरी येईल. दर शंभरपैकी २५-३० विद्यार्थ्यांची परीक्षांमधील कामगिरी सुमार वा त्याहून कमी दर्जाची होत असेल तर या गोष्टीची गंभीर दखल घेऊन त्यावर योग्य उपाययोजना केली जायला हवी.

परीक्षांमधील सुमार कामगिरी, अभ्यासक्रम अर्धवट सोडणे यांचा प्रवेशावेळच्या गुणांशी सहसंबंध कितपत असेल ? तो अर्थपूर्ण ठरण्याइतका आढळणार नाही असा आमचा अंदाज आहे. पण निर्विवाद स्पष्टता करून घेण्याच्या दृष्टीने राज्यपातळीवर स्वतंत्र अभ्यास होण्याची आम्हाला गरज वाटते.

विभाग दुसरा

२.५. 'राखीव' विद्यार्थ्यांची सामाजिक-आर्थिक पार्श्वभूमी आणि परीक्षांमधील कामगिरी

१९७१ ते ८२ ह्या कालावधीत पास झालेल्या 'राखीव' विद्यार्थ्यांची उपलब्ध झाली तेवढी कौटुंबिक माहिती महाविद्यालयाच्या कार्यालयातून स्टुडंड कार्डीवरून गोळा केली. पालकांचा व्यवसाय, जात, पोटजात, विद्यार्थी ग्रामीण भागातून येतात की शहरी, त्यांच्यात स्त्रिया किती इ. माहितीच्या आधारे या वैद्यकीय महाविद्यालयात प्रवेश घेणाऱ्या विद्यार्थ्यांचे सामाजिक–कौटुंबिक चित्र सादर करण्याचा ह्या विभागात प्रयत्न केला आहे. तसेच जिथे शक्य झाले तिथे वरील चलघटकांचा (व्हेरिएबल्स) परीक्षांतील कामगिरीशी सहसंबंध तपासून जेवढा बघता आला तोही दिला आहे.

१. राखीव गटांतील विद्यार्थ्यांच्या जातिजमाती : १९७१ ते ८२ या काळात उत्तीर्ण झालेल्या राखीव गटांतील विद्यार्थ्यांच्या जातिजमातींविषयी अधिक तपशीलात उपलब्ध झालेली माहिती पृष्ठ २४ वर दिली आहे. (कोष्टक क्र. २.७)

प्रत्येक जातगटामध्ये काही मोजक्या जातींमधून बहुसंख्य विद्यार्थी डॉक्टर झाले ही गोष्ट ध्यानात घेण्यासारखी आहे. दलित जातगटांत चांभार व महार / नवबौद्ध मिळून प्रमाण ८५.७ % इतके आहे. भटक्या / विमुक्त गटामध्ये बेलदार, राजपूत-भामटा, वंजारी, वडार, बावा व भोई या सहा जमातींचे मिळून ६६.६६ % प्रमाण पडते. आदिवासी गटात महादेव कोळी, भिल्ल व गोंड या तीन जमाती प्रामुख्याने आढळतात (६६ %). शेवटी 'इतर मागासवर्गीय' गटात माळी-फुलमाळी, शिंपी, लाड वंजारी / वंजारी, साळी, सोनार, धनगर व कोळी या सात जातींचे मिळून ६४% प्रमाण पडते.

जातींच्या दप्तरी नोंदींवरून ध्यानात येणारी एक गोष्ट म्हणजे काही जाती एकपेक्षा अधिक जातगटांत समाविष्ट झालेल्या आहेत. (उदा., बंजारा–वंजारी, भोई, ठाकूर / ठाकर इ.)

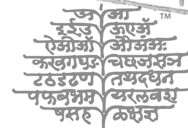
'इतर मागासवर्गीय' गटात ज्या जातींमधील डॉक्टरांची संख्या तुलनेने अधिक आढळते (माळी, शिंपी, वंजारी, साळी, सोनार इ.), ती गोष्ट स्वाभा-

अनुक्रमणिका

कोष्टक क्र. २.७

‘ राखीव ’ गटातील डॉक्टरांची जातवार विभागणी

दलित [SC]		आदिवासी [ST]		भटक्या/विमुक्त [VJNT]		इतर मागासवर्गीय [OBC]		एकूण
जात	संख्या	जात	संख्या	जात	संख्या	जात	संख्या	
चांभार	११९	महादेव कोळी	२०	बेलदार	१३	माळी/फुलमाळी	३५	
महार/नवबौद्ध	९१	गोला	५	राजपूत-भामटा	१२	शिंपी	३३	
ढोर	१२	भिल्ल	६	बावा	४	लाड-वंजारी	२५	
मांग	६	वंजारा	२	नाथभाव	३	साळी	१७	
भंगी	३	कोकणी	२	वडार	४	सोनार	१४	
भोई	२	हळबा	३	झिंगा भोई	७	धनगर	१३	
मह्यवंशी	१	ठाकर	१	वंजारी	४	कोष्टी	१०	
माला	१	ठाकूर	१	कोल्हाटी	२	भावसार	९	
शीख	१	पारधी	१	राऊळ	२	कासार	८	
कोल्हाटी	१	पटवारा	१	कहार	१	कुंभार	६	
जात निर्दिष्ट नाही	८	ढोर-काथोडी	१	वाल्मिकी	२	कुणबी	६	
		जात निर्दिष्ट नाही	४	बैरागी	२	तेली	५	
				गोपाल	१	वाणी	३	
				कुडमुडे जोशी	१	सागरी	३	
				लिंगायत	१	रंगारी	३	
				सिंधी	१	मुस्लिम	५	
				गोसावी	१	निऱ्हाळी	२	
				गाडी-लोहार	१	धोबी	२	
				रामोशी	२	न्हावी	३	
				जात निर्दिष्ट नाही	२	सुतार	३	
						क्षत्रिय	१	
						पांचाळ	२	
						गुरव	२	
						लिंगायत	१	
						जंगम	१	
						कोमटी	१	
						लोहार	१	
						लेवापाटील	२	
						जिनगर	२	
						कोळी	२	
						बावी	१	
						देवांग	१	
						भंडारी	१	
						जोहरी	१	
						दोडे-गुजर	१	
						ठाकूर	१	
						जात निर्दिष्ट नाही	४	
	२४५		४७		६६		२३०	५८८





विक आहे. मात्र सुतार, तेली, वाणी यांच्या तुलनेत 'बेलदार' (भटक्या/विमुक्त गट) जातींमधून किंवा महादेव-कोळी, राजपूत-भामटा इ. जातींमधून मोठ्या संख्येने डॉक्टर होत आहेत याचे आश्चर्य वाटल्याखेरीज राहात नाही. जातींचे खोटे दाखले मिळवून प्रवेश घेण्याचे प्रकार घडत असल्याचा प्रवाद ऐकायला मिळतो. महादेव-कोळी, राजपूत-भामटा या जातनावांचा असा वापर होत असावा अशी शंका येते.

राखीव गटाचे जातवार वर्गीकरण करत असताना १९७६, ८०, ८२ या वर्षी उत्तीर्ण झालेल्या 'खुल्या स्पर्धे'तील डॉक्टरांच्या जातीची नोंद केली. एकूण ४६० विद्यार्थ्यांपैकी ९० जणांच्या बाबतीत जातविषयक नोंद आढळली नाही. पण प्रवेशाच्या दृष्टीने इथे जातीची नोंद वा दाखला यांना तसे महत्त्व नसल्याने त्यात अस्वाभाविक काही नाही.

'खुल्या स्पर्धे'तील विद्यार्थ्यांमध्ये ब्राह्मण विद्यार्थ्यांचे बहुसंख्यत्व आहे (सुमारे ५३%). लोकसंख्येतील त्यांचे अत्यल्प प्रमाण ध्यानात घेता ही गोष्ट अधिकच ठळकपणे नजरेत भरते. क्षत्रिय-मराठ्यांची संख्या ब्राह्मणांखालोखाल असावी हे स्वाभाविकच आहे (सुमारे ३०%). खरे तर हा महाराष्ट्रातला बहुजन समाज असूनही ह्यांचे प्रमाण इतकेच आढळते ही त्यांच्या शैक्षणिक-सामाजिक मागासलेपणाची खूण आहे. ब्राह्मण व मराठा बहुजनसमाज यांच्यानंतर 'वैश्य' गटाचा क्रम लागतो. व्यापारउदीम करणाऱ्या ह्या जमातींमधील मुले अलीकडेच वैद्यकीय शिक्षणाकडे वळली आहेत. ह्या समाजाची आर्थिक संपन्नता, त्यांचे नागरी वळण व साक्षरतेचे प्रमाण ह्यांमुळे लोकसंख्येत ह्यांचे प्रमाण अल्प असूनही, थोड्याच कालावधीत त्यांच्या समाजातही मुले वैद्यकीय कॉलेजमध्ये मोठ्या संख्येने दिसू लागली आहेत.

२. डॉक्टर होणाऱ्यांमध्ये मुली किती ?

१९७१ ते ८२ या काळात पदवी घेतलेल्या 'राखीव' गटापैकी ५०९ मुलगे तर फक्त ७६ मुली असल्याचे आढळते (सुमारे १३%). तुलनेसाठी १९७६, ८०, ८२ या तीन वर्षांमधील खुल्या स्पर्धेतील पदवीधरांमध्ये किती मुली आहेत हे पाहिले. त्यांचे प्रमाण साधारण २६% पडते. (या तीन वर्षांमध्ये 'राखीव' गटातील मुलींचे प्रमाण सुमारे १७% पडते.) एकूण ब्राह्मण विद्यार्थ्यांमध्ये मुलींचे प्रमाण (१८२ पैकी ५४)

... ४

सुमारे ३०% आहे; इतर सर्व गटांशी तुलना करता हे जास्त आढळते. पण लोकसंख्येत स्त्री-पुरुष प्रमाण सामान्यतः समसमान असते. त्या तुलनेत ब्राह्मणांमध्ये आढळणारे प्रमाणही असमाधानकारकच आहे.

३. ग्रामीण-शहरी विभागणी

विद्यार्थ्यांच्या 'स्टुडंट्स कार्ड'वर नोंदवलेल्या कायम पत्त्यांच्या आधारे केलेल्या ग्रामीण-शहरी अशा वर्गवारीकडे वळण्याआधी योगायोगाने हाती आलेल्या एका माहितीकडे आम्ही लक्ष वेधू इच्छितो. विद्यार्थ्यांची जिल्हावार नोंद केलेले एक कोष्टक आमच्या हाती आले. आकडेवारी १९७१ ते १९८१ या काळातली आहे. पुणे शहर, पुणे जिल्ह्यापासून वेगळे काढले असल्याने आकडेवारी अधिकच उद्बोधक ठरते.

१९७१ व ७२ ही दोन वर्षे सोडली तर इतर सर्व वर्षी प्रवेश घेणाऱ्या एकूण विद्यार्थ्यांपैकी पुणे शहरामधून प्रवेश घेतलेल्यांचे प्रमाण निम्म्याहून अधिक (सरासरी ५६%) राहिले आहे. पुणे महानगर वगळल्यावर उरलेल्या संपूर्ण पुणे जिल्ह्यातून १९७३ ते ८१ ह्या नऊ वर्षांत फक्त ६१ विद्यार्थ्यांना (३·२७%) प्रवेश मिळाला. म्हणजेच जिल्ह्याचे शहर व उर्वरित जिल्हा यांचे प्रमाण पुण्याच्या बाबतीत स्थूलमानाने ९५ : ५ असे आहे. इतर जिल्ह्यांमध्येही, इतका टोकाचा नसला तरी, बराच मोठा फरक आढळण्याची शक्यता गृहीत धरली तर, खऱ्या अर्थाने खेड्यांमधून आलेली थोडीच मुले वैद्यक महाविद्यालयात आढळतात असे म्हणायला लागेल.

ग्रामीण-शहरी अशी विभागणी करतेवेळी तालुक्याची गावे नेमकी कोठे समाविष्ट करावीत असा प्रश्न पडतो. तालुक्याची बरीच गावे आज लहान शहरेच बनली आहेत. उदाहरणार्थ, पंढरपूर, मालेगाव, अमळनेर आदी. त्यामुळे ग्रामीण/शहरी अशी विभागणी पूर्ण समाधानकारक करणे काहीसे अवघडच आहे. अंतर्भागात असल्याने जास्त ग्रामीण तोंडावळा कायम राहिलेली तालुक्याची व इतर गावे (नांदगाव, नवापूर इ.) 'ग्रामीण' मध्ये समाविष्ट केली. विद्यार्थ्यांची वर्गवारी केली. आकडेवारी पृ. २६ वर (कोष्टक क्र. २.८) दिली आहे.

राखीव जागांमधून प्रवेश घेऊन १९७१ ते ८२ च्या दरम्यान उत्तीर्ण झालेल्या ५८८ व्यक्तींपैकी ग्रामीण भागांतून आलेल्यांचे जातगटवार प्रमाण पाहिले





कोष्टक क्र. २·८

जातगटांतील विद्यार्थ्यांची ग्रामीण / शहरी विभागणी

	दलित जात गट				आदिवासी गट	भटके / विमुक्त गट	इतर मागासवर्गीय
	चांभार	महार	अन्य	एकूण			
शहरी	४४ (३०·९७)	४० (४६·५१)	१६ (४४·४४)	१०० (४१·४०)	१३ (२८·२६)	४१ (६१·२)	१२३ (५३·९५)
ग्रामीण	७५ (६३·०३)	४६ (५३·४९)	२० (५५·५६)	१४१ (५८·५१)	३३ (७१·७४)	२६ (३८·८१)	१०५ (४६·०५)
एकूण	११९	९०	३६	२४५	४६	६७	२३०

असता आदिवासी गटात हे प्रमाण सर्वाधिक असल्याचे आढळले (७१.७४%). त्याखालोखाल दलित गटात प्रमाण जास्त आहे असे दिसते. खुल्या स्पर्धेच्या गटात हे प्रमाण केवळ १९% आहे.

विद्यार्थ्यांच्या परीक्षेतील कामगिरीचा* आणि ते ग्रामीण भागांतून येतात की शहरी ह्याचा काही समसंबंध आढळतो का तसेच त्यात जातगटानुसार काही फरक आढळतो का हे पाहिले. अपेक्षेप्रमाणे, शहरी भागांमधून येणाऱ्या विद्यार्थ्यांची परीक्षेतील कामगिरी सर्वच जातगटांमध्ये, स्थूल मानाने, सरस आढळली. दलित जातगटात चांभार व महार / नवबौद्ध यांच्यामध्ये तुलना केली असता, चांभार विद्यार्थी तुलनेने ग्रामीण भागातून जास्त प्रमाणात आलेले असूनही त्यांची कामगिरी सर्व पातळ्यांवर महार / नवबौद्धांपेक्षा सरस आढळली.

४. **व्यावसायिक वर्गवारी** : विद्यार्थ्यांच्या 'स्टुडंट कार्डवर' पालकांचा व्यवसाय व उत्पन्न यांची नोंद करण्याची तरतूद आहे. काही कार्डांवर ही माहिती भरलेलीच नव्हती व जिथे भरलेली होती तिथे ती जुजबी होती. शेती, सरकारी वा खासगी नोकरी अशी व्यावसायिक पार्श्वभूमी असलेले विद्यार्थी संख्येने जास्त आहेत. पण शेतीमध्ये, अल्पभूधारक, मध्यम, मोठी अशी वर्गवारी करण्याच्या दृष्टीने नोंदींचा काही उपयोग नव्हता. तसेच नोकरीपेशाच्या बाबतीतही, सरकारी नोकरी, केंद्र/राज्य सरकार नोकरी किंवा नुसतेच नोकरी असे मोघम उल्लेखच बहुतेक ठिकाणी आढळले. काही ठिकाणी उत्पन्नाचे आकडे दिलेले होते. बऱ्याच वेळा उत्पन्नाचे दिलेले आकडे उघडच अगदी कमी दिलेले होते. नोकरीचा हुद्दा ज्यांनी दिला होत त्यांची वर्गवारी तुलनेने सोपी होती. पण इतरांची वर्गवारी अगदी स्थूल स्वरूपातच करता आली. 'व्यापार' या वर्गीकरणाच्या बाबतीतही ही अडचण राहिली. या सर्व मर्यादा ध्यानात ठेवून ढोबळ वर्गवारी करून १९७१ ते ८२ च्या दरम्यान डॉक्टर झालेल्या 'राखीव' गटातील व १९७६, ८०, ८२ या वर्षांत उत्तीर्ण झालेल्या खुल्या स्पर्धेतील विद्यार्थ्यांची विभागणी केली. व्यवसायाचे जातगटवार वर्गीकरण करणारे कोष्टक क्र. २.९ पृ. २७ वर दिले आहे.

१९७१ ते १९८२ च्या दरम्यान डॉक्टर झालेल्यांच्या वयाचा अंदाज घेतल्यास साधारणपणे १९४६ ते १९५८ च्या दरम्यान जन्मलेल्यांचा तो प्रामुख्याने गट असेल असा तर्क करता येतो. म्हणजे, या काळात

* एम. बी. बी. एस. होण्यासाठी विद्यार्थ्यांस किती खेपा लागल्या यावरून परीक्षांतील कामगिरीचे वर्गीकरण केले– ० ते २ खेपा = ४॥ ते ५॥ वर्षे (उत्तम); ३ ते ५ खेपा = ६ ते ७ वर्षे (मध्यम); ६ वा अधिक = ७॥ वा अधिक वर्षे (कनिष्ठ)

अनुक्रमणिका

कोष्टक क्र. २.९

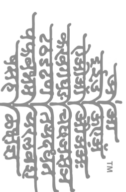
विद्यार्थ्यांच्या पालकांच्या व्यवसायाची जातगटवार विभागणी

	व्यावसायिक वर्गवारी	मजुरी+ बलुतेदारी+ फुटकळ व्यवसाय	शेती	व्यापार	सरकारी / खासगी नोकरी III, VI श्रेणी	प्राथमिक शिक्षक	खासगी व्यवसाय/ सरकारी नोकरी वरिष्ठ श्रेणी	माध्यमिक / महाविद्यालयीन शिक्षक, प्राध्यापक	व्यवसाय दिलेला नाही	एकूण
राखीव जातगट	दलित	४४ (२१.०)	५१ (२४.३)	६ (२.८६)	६७ (३२.०)	२१ (१०.०)	१७ (६.१)	२ (.९५)	३५ (२)	२४५
	आदिवासी	७ (६.६७)	१३ (३१.०)	१ (२.४)	१३ (३१.०)	४ (९.५)	३ (७.१४)	१ (२.४)	४	४६
	भटके/विमुक्त	१६ (२७.१९)	९ (१५.२५)	३ (५.१)	२१ (३५.६)	३ (५.१)	६ (१०.२)	१ (१.७)	८	६७
	इतर मागासवर्गीय	२४ (११.९)	५७ (२८.२)	१६ (७.९)	५० (२४.७५)	११ (५.४५)	२५ (१२.३८)	१७ (८.४)	२८ (२)	२३०
	एकूण राखीव	९१	१३०	२६	१५१	३९	५१	२१	७५ (४)	५८८
खुली स्पर्धा गट		४ (१.०३)	४७ (१२.१)	८५ (१४.९५)	११३ (२९.१२)	२ (.५२)	१२१ (३१.१९)	४१ (१०.५८)	७२ (२)	४६०

✻ कंसात टक्केवारी दिलेली आहे.

✻ एकूण संख्येतून ज्यांनी व्यवसाय दिलेला नाही अशांची संख्या वजा करून मग टक्केवारी काढली आहे.

✻ लहान कंसांत दिलेली संख्या 'अन्य व्यवसाय' दर्शविते.





डॉक्टर झालेल्या मुला-मुलींचे पालक स्वातंत्र्य मिळाल्या-नंतरच्या आरंभीच्या काळातले आहेत. शिक्षणाच्या प्रसाराच्या प्रयत्नात माध्यमिक शाळा व महाविद्यालये यांची संख्या झपाट्याने वाढली ती १९६०–६५ नंतरच्या काळात. पंचवार्षिक योजनांच्या काळात झालेली अर्थव्यवस्थेची वाढही १९६०–६५ नंतरच्याच काळात मोठ्या प्रमाणात झाली.

ही पार्श्वभूमी ध्यानात ठेवून व्यावसायिक वर्गवारी विभागणीकडे पाहिल्यास काय आढळते ? पूर्वास्पृश्य जातगटाचा विचार करता कनिष्ठ सरकारी नोकरी शेती, मजुरी–बलुतेदारी–पारंपरिक व्यवसाय आणि प्राथमिक शिक्षक या वर्गांमधूनच अधिकतर विद्यार्थी यावेत ही अगदी स्वाभाविक गोष्ट ठरते. खासगी क्षेत्रात त्या काळात पूर्वास्पृश्यांना नोकऱ्या क्वचितच मिळत. आजही खासगी नोकऱ्यांच्या क्षेत्रात ते कमीच आढळतात. ' सरकारी ' असा स्पष्ट उल्लेख नव्हता अशांचा समावेश आम्ही ' खासगी नोकरी ' या वर्गामध्ये केला असला तरी त्यांपैकी बहुतेक जण सरकारी / निमसरकारी नोकरीतच असण्याची शक्यता गृहीत धरावी लागते. ५१ जणांची शेती असली तरी मध्यम वा मोठ्या आकाराची शेती असलेली कुटुंबे कमीच असण्याची शक्यता. प्रथम व द्वितीय श्रेणीतील सरकारी नोकऱ्यांमध्ये, वा खासगी माध्यमिक शाळा व / वा महाविद्यालये यांच्यातील शिक्षक-प्राध्यापक या काळात फारच तुरळक संख्येने पूर्वास्पृश्य असणार. त्यामुळे त्यांची संख्या कमी आढळणे स्वाभाविक आहे. आदिवासी जातगटासाठी राखून ठेवलेल्या सगळ्या जागा १९७४–७५ पर्यंत पूर्ण भरल्याही जात नसत. वैद्यक अभ्यासक्रम घेण्यापर्यंत येऊन पोचणाऱ्या आदिवासी मुलांची व्यावसायिक पार्श्वभूमी पूर्वास्पृश्यांशी तुल्यबल अशी आढळण्याचे कारण कदाचित हेच असावे. खऱ्या अर्थाने आदिवासी अवस्थेत असलेली मुले प्राथमिक शिक्षणही पूर्ण करीत नव्हती असा हा काळ. असे असूनही, मजुरी, बलुतेदारी, फुटकळ खासगी व्यवसाय अशी पार्श्वभूमी असलेल्या ७ कुटुंबांतून या काळातदेखील विद्यार्थी आले हे विशेषच म्हणायचे.

भटक्या/विमुक्त गटाचे चित्र पूर्वास्पृश्य व आदिवासी यांच्या तुलनेत काही बाबतींत सरस आढळते. शहरामध्ये पारंपरिक व्यवसाय काही पिढ्यांपासून करीत आलेल्या बेलदार, वडार, भोई, अशांचा समावेश या जातगटात आहे. तसेच बावा, नायभाव, गोसावी, कुडमुडे-जोशी, लिंगायत, वाल्मिकी अशा जातींचाही समावेश आढळतो. ही कुटुंबे व्यवहारात शहरांत व आधुनिक व्यवसायांत स्थिर झालेली दिसतात. वंजारी, राजपूत-भामटा अशा काही जमाती काही पिढ्यांपासून शेतीवर स्थिर झालेल्या दिसतात. वर्गीकरणापुरत्याच भटक्या/विमुक्त राहिलेल्या कुटुंबांमधून बव्हंशी विद्यार्थी येत असावेत, तसेच जातीचा खोटा दाखला देऊन प्रवेश मिळविण्यात यशस्वी झालेले काही विद्यार्थी असावेत. त्यामुळे व्यावसायिक पार्श्वभूमी वेगळी दिसत असण्याची शक्यता आहे.

' इतर मागासवर्गीय ' गटातल्या बहुतेक सर्व जाती दलित आदिवासींच्या तुलनेत अधिक प्रगत अवस्थेत आहेत. भटक्या/विमुक्त गटातील काही जाती या 'इतर मागासवर्गीय ' गटातील जातींशी तुल्यबल अवस्थेत आढळतात. शेती हा मुख्य पारंपरिक व्यवसाय असलेल्या काही पुढारलेल्या, प्रतिष्ठित व वजनदार जाती (माळी, कुणबी-मराठा, लाड-वंजारी/वंजारी, व अलीकडे लेवा पाटील) या गटात आहेत. शिंपी, सोनार, साळी अशा काही मध्यम श्रेणीच्या परंपरागत व्यवसाय असलेल्या जातीपण या गटात आहेत. या या दोन गटांतील कुटुंबे सरकारी नोकरी, शिक्षण, खासगी पांढरपेशा व्यवसाय अशा क्षेत्रांतही आहेत. कारण शैक्षणिक दृष्ट्या या काही जाती फार मागास नाहीत. सामाजिक दर्जा कनिष्ठ व शैक्षणिक दृष्ट्या खूप मागास असलेल्या अशा इतर अनेक जातीपण या गटात आहेत. यामुळे कमी प्रमाणात का होईना पण मजुरी, पारंपरिक कारागिरी व्यवसाय करणारी कुटुंबेही आढळतात. शेती असलेली जवळपास २९% कुटुंबे आढळावीत ही स्वाभाविकच गोष्ट आहे. कनिष्ठ श्रेणीच्या सरकारी/खाजगी नोकरीत असलेल्यांचे प्रमाण इतर राखीव गटांच्या तुलनेत कमी आढळते ही या जातगटाच्या शैक्षणिक व व्यावसायिक वाटचालीतल्या प्रगतीची खूण आहे असे सकृत्‌दर्शनी वाटते. परंतु ' इतर मागासवर्गीय ' ह्या गटामध्ये सुमारे दोनशे जाती आहेत. त्यांतील १०–१५ जातीच सामाजिक–आर्थिक दृष्ट्या पुढारलेल्या असून, त्या वरिष्ठ श्रेणीच्या नोकऱ्यांत व व्यवसायांत आहेत व त्यांच्यातील मुले चांगले गुण मिळवून ' इतर मागासवर्गीयां 'साठी राखून ठेवलेल्या बहुसंख्य जागा पटकावत असतील अशी

शक्यता जास्त आहे. या अर्थाने हे चित्र जातगटांतर्गत असलेल्या विषमतेचे निदर्शक आहे असे म्हणता येईल.

खुल्या स्पर्धेतील विद्यार्थ्यांच्या व्यावसायिक पार्श्वभूमीकडे नजर टाकल्यास मजुरी, बलुतेदारी, पारंपरिक/फुटकळ व्यवसाय, चतुर्थ श्रेणी नोकरी व प्राथमिक शिक्षक या वर्गांमध्ये नावालाच कुटुंबे आढळतात. ही गोष्ट ठळकपणे मनात भरते (१.५%). शेती हा व्यवसाय असलेली कुटुंबे प्रामुख्याने मराठा व जैन, वैश्य (किसान जातीतल्या काही जाती महाराष्ट्रात 'जैन' पंथाच्या आहेत) यांच्यातली आहेत. पांढरपेशा नोकरी पेशात ब्राह्मणांचे प्रमाण उठून दिसण्याइतके जास्त आहे. तर 'व्यापार' हा व्यवसाय वैश्यांमध्ये स्वाभाविकपणे अधिक प्रमाणात आहे. वरिष्ठ श्रेणीच्या नोकऱ्यांमध्ये व व्यवसायांत असलेल्यांचे प्रमाण या जातगटात (विशेषतः त्यात ब्राह्मणांचा समावेश असल्यामुळे) अधिक असणे स्वाभाविक आहे. तसेच माध्यमिक व महाविद्यालयीन शिक्षकांचे लक्षणीय प्रमाण अपेक्षित असेच आहे (सुमारे ११ %).

५. व्यावसायिक पार्श्वभूमी आणि परीक्षांतील कामगिरी– आतापर्यन्तच्या विवेचनावरून विद्यार्थ्यांच्या व्यावसायिक पार्श्वभूमीचे वर्गीकरण किती स्थूलस्वरूपाचे आहे हे ध्यानात येईल. हे चित्र जुजबी असले तरी निरर्थक नाही असे वाटल्याने आम्ही व्यावसायिक पार्श्वभूमीचा व परीक्षेतील कामगिरीचा संबंध आढळतो का हे पाहिले. एम. बी. बी. एस. होण्याठी किती खेपा लागल्या त्यावरून उत्तम (०–२ खेपा = ५॥ वर्षे), मध्यम (३–५ खेपा = ६ ते ७ वर्षे), कनिष्ठ (६ किंवा अधिक खेपा = ७॥ वर्षे वा अधिक) अशा श्रेणी करून, परीक्षांतील कामगिरीचे वर्गीकरण केले. त्यातून हाती आलेले तथ्य वेगवेगळया जातगटांच्या संदर्भात पुढे दिले आहे.

दलित

दलित जातगटात चांभार व महार / नवबौद्ध यांची कामगिरी वेगवेगळी पाहिली.

चांभार डॉक्टरांपैकी चांगल्या रीतीने पास झालेल्यांचे एकंदर प्रमाण ५९.३२ इतके, ज्यांची कामगिरी ठीक म्हणता येईल अशांचे प्रमाण ३१.३५, व ज्यांना पुष्कळ अधिक वर्षे लागली अशांचे प्रमाण ९.३२ आहे. मजुरी–बलुतेदारी हा गट आर्थिक दृष्टचा व शैक्षणिक दृष्टचा सर्वांत तळागाळातला मानता येईल. त्यांच्यापैकी फक्त एका विद्यार्थ्यास पुष्कळ कालावधी लागल्याचे आढळावे ही विशेष नमूद करण्यासारखी गोष्ट आहे. त्यांच्या तुलनेत शेती व प्राथमिक शिक्षक या वर्गात 'ठीक' म्हणता येईल अशी कामगिरी असणाऱ्यांचे तसेच त्याहूनही अधिक काळ लागलेल्यांचे प्रमाण जास्त आहे ही विचार करायला लावणारी गोष्ट आहे. पांढरपेशा, नोकरदार कुटुंबांतल्या मुलांची कामगिरी समाधानकारक असावी ही अपेक्षित गोष्ट म्हणता येईल.

चांभारांच्या तुलनेत महारांची परीक्षांमधील कामगिरी कमी दर्जाची आढळते. एम. बी. बी. एस. व्हायला ज्यांना अनेक वर्षे लागली अशांचे प्रमाणही जास्त आहे (१८.९) व ५॥ वर्षांत अभ्यासक्रम पूर्ण करणाऱ्यांचे प्रमाण तुलनेने कमी आहे.

महारांच्या बाबतीतही मजुरी/बलुतेदारी करणाऱ्या कुटुंबांतील मुलांची कामगिरी चांगली आढळते तर शेती व प्राथमिक शिक्षकांच्या कुटुंबांतील मुलांची कामगिरी चांभारांप्रमाणेच कमी प्रतीची आढळते. परन्तु सरकारी वा खासगी तृतीय/चतुर्थ श्रेणीतील महार गटातील विद्यार्थ्यांची कामगिरी त्याच व्यवसायातील चांभार मुलांइतकी का नसावी असा प्रश्न पडतो. सरकारी नोकरी III, IV मिळून बनलेल्या ह्या कनिष्ठ चतुर्थश्रेणीतील नोकऱ्यांत महार/नवबौद्ध तुलनेने अधिक असल्याने हा फरक पडला अशी शक्यता आहे. पण स्टुडंट्स कार्डवरील माहितीनुसार जे निश्चितपणे चतुर्थश्रेणी सेवक होते अशी ९ कुटुंबे निघाली. त्यांत तुलनेने महार जास्त होते. पण ह्या ९ कुटुंबांपैकी कोणालाच अभ्यासक्रम पूर्ण करण्यास खूप कालावधी लागला नाही ही विशेष गोष्ट आहे. इतकेच नव्हे तर, त्यांतील ५ मुले चांगल्या प्रकारे पास झाली, आणि एक-दोघांचा अपवाद वगळता सर्वांना गुणही बरे मिळाल्याचे आढळून आले. काठावर जेमतेम पास झालेला एकही विद्यार्थी नाही हेदेखील आवर्जून नोंदवायला हवे.

आदिवासींमधून डॉक्टर झालेल्यांच्या पालकांचे व्यवसाय व त्यांची कामगिरी यांच्यातदेखील चांभार/महार यांच्याप्रमाणेच असे आढळते की, शेती व सरकारी नोकरी (कनिष्ठ) या वर्गातून येणाऱ्या विद्यार्थ्यांपैकी बऱ्याच जणांची कामगिरी ठीक म्हणावी इतकीच राहिली. मात्र ज्यांना पुष्कळ अधिक कालावधी

लागला अशांचे प्रमाण फक्त ८·५% इतकेच असावे ही उल्लेखनीय बाब आहे.

भटक्या/विमुक्त जातीतल्या विद्यार्थ्यांची व्यावसायिक पार्श्वभूमी दलित/आदिवासींच्या तुलनेने अधिक वैविध्यपूर्ण आढळते. पुष्कळ जास्त कालावधी पास होण्यास लागलेल्यांचे प्रमाण केवळ ४·५% असावे ही गोष्ट बोलकी आहे.

'इतर मागासवर्गीय' गटात मजुरी व बलुतेदारी हा पालकांचा व्यवसाय लिहिणारे ११ विद्यार्थी होते; त्यांतील ६ जणांची कामगिरी केवळ 'ठीक' राहिली; हा अपवाद सोडल्यास, ८६% हून अधिक विद्यार्थ्यांची कामगिरी चांगली राहिल्याचे आढळते. या गटात समाविष्ट असलेल्या शे-दोनशे जातींपैकी काही मोजक्याच जातींमधील मुले वैद्यकीय अभ्यासक्रमास येतात हे आधी नमूद केले आहे. व्यावसायिक दृष्टचाही या गटातील बऱ्यापैकी संख्येने कुटुंबे खासगी नोकरी (वरिष्ठ), व्यापार, खासगी व्यवसाय, माध्यमिक व महाविद्यालयीन शिक्षक या कोटीत मोडणारी असतात. ह्या जातगटातील विद्यार्थ्यांची कामगिरी चांगली असण्याची ही प्रमुख कारणे आहेत असे म्हणता येईल. परन्तु ह्या गटात काही जाती ह्या व्यवसायाने वा अर्थिक दृष्टचा दलित व आदिवासी ह्यांच्यासारख्याच आहेत आणि तरीही त्यांची कामगिरी अधिक चांगली आढळते. त्याचे कारण ह्या जाती तुलनेने शिक्षणाकडे आधी वळल्या, शिक्षणाचा प्रसार ह्यांच्यात अधिक झाला हे असावे. तसेच ग्रामीण भागातल्या काही इतर मागासवर्गीय कुटुंबांतील घरांतील वळण व संस्कार हे नागर असावेत. काही जाती ग्रामीण भागातील, प्रतिष्ठित, वजनदार किसान जातींमध्ये मोडणाऱ्या असल्याचेही लक्षात येते.

खुल्या स्पर्धेतून प्रवेश घेतलेल्या विद्यार्थ्यांच्या कौटुंबिक पार्श्वभूमीबद्दल ठळकपणे लक्षात येणाऱ्या गोष्टी म्हणजे बलुतेदारी, मजुरी, प्राथमिक शिक्षक इ. व्यवसायांत मोडणाऱ्या कुटुंबांची संख्या केवळ १·३% आहे. वरिष्ठ दर्जाच्या नोकऱ्या व व्यवसायांत ह्या गटांतील बहुसंख्य कुटुंबे आहेत. एम. बी. बी. एस. परीक्षेत २ पेक्षा जास्त खेपा कराव्या लागणाऱ्या विद्यार्थ्यांचे प्रमाण एकंदरीतच फार अल्प आहे (५·४%).

६. एम. बी. बी. एस. परीक्षा पास होण्यास आठपेक्षा अधिक वर्षे लागलेले विद्यार्थी : एम. बी. बी. एस. परीक्षा पास होण्यास ज्यांना आठ वा अधिक वर्षे लागली (सहापेक्षा जास्त खेपा) अशा राखीव गटातील विद्यार्थ्यांच्या पालकांचे व्यवसाय, त्यांचा निवास (शहरी वा ग्रामीण), आणि त्यांना मिळालेले गुण अशी माहिती वेगळी काढली. पास होण्यास आठ वा अधिक वर्षे एकूण ४९ जणांना (५८८ पैकी) लागली. त्यांचा तपशील असा :

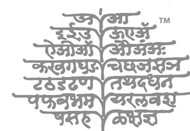
जातगट	संख्या	त्या त्या जातगटातून पास झालेल्या एकूण संख्येशी जादा खेपा लागलेल्यांचे प्रमाण
(१) **दलित**	३४	१४%
(i) चांभार	(११)	(९·३२%)
(ii) महार/नवबौद्ध	(१८)	(२०%)
(२) **भटके/विमुक्त**	३	४·४७%
(३) **आदिवासी**	३	६·५२%
(४) इतर मागासवर्गीय	९	३·९%

(१) निमशहरी-शहरी भागांतून यांतील २६ तर ग्रामीण भागातून २३ जण आलेले आढळले.

(२) कनिष्ठ, शैक्षणिक दृष्ट्या सापेक्षत: 'अडाणी' (non-literate) अशा व्यवसायांतील पालक असलेले विद्यार्थी या ४९ मध्ये केवळ दोन आढळले— एका पालकाचा व्यवसाय शेती, तर दुसऱ्याचा फुटकळ खासगी व्यवसाय होता. ज्यांचे पालक चतुर्थ-तृतीय श्रेणीची नोकरी करणारे वा प्राथमिक शिक्षक होते असे १७ विद्यार्थी होते, ज्यांच्या घरची शेती होती असे १६ जण होते. मध्यम वा उच्च पांढरपेशा व्यवसायांतले वा व्यापारउदीम या कोटीत मोडतील असे ६ विद्यार्थी होते. ८ जणांच्या पालकांचे व्यवसाय नोंदलेले नव्हते.

(३) या विद्यार्थ्यांना शेवटी पदवीपरीक्षेत किती गुण मिळाले ते पाहिले असता विभागणी पुढीलप्रमाणे दिसून आली :

गुणांची टक्केवारी	**संख्या**
५०%पर्यंत	२
५०·१ ते ५२.०	१९
५२·१ ते ५५.०	२६
५५%च्या वर	२





खेपा जास्त लागल्या तरी, 'जेमतेम काठावर पास झाले' असे ज्यांच्याबद्दल म्हणता येईल अशा विद्यार्थ्यांची संख्या अल्प होती ही गोष्ट ध्यानात घेण्याजोगती आहे.

(४) आठ वा अधिक वर्षे पास होण्यास लागलेल्यांमध्ये ५१.०% पेक्षा कमी गुण मिळविणाऱ्यांमध्ये एकूण आठ विद्यार्थी होते– त्यांत ६ दलित गटातील व दोन आदिवासी होते.

पास होण्यास बराच कालावधी लागलेल्या या ४९ जणांपैकी ३४ (म्हणजे ६९%) जण दलित गटातून यावेत ही तशी जरा आश्चर्याची बाब आहे. शिक्षणाविषयी सर्वात जागरूक असलेला हा गट आहे. या गटासाठी असलेल्या राखीव जागांसाठी आज बऱ्यापैकी स्पर्धा होते, आणि त्यामुळे या गटात प्रवेशासाठीची शेवटची टक्केवारीपण बरीच उंचावलेली आहे. असे असूनही ही स्थिती आढळावी याचे स्पष्टीकरण कोणते असावे ?

७. परीक्षांमधील कामगिरी – दोन सर्वसाधारण प्रश्न : सापेक्षतः तळागाळातल्या व्यावसायिक पार्श्वभूमीमधून येणाऱ्या, 'अडाणी'पणाचा जास्तीत जास्त वारसा असणाऱ्या विद्यार्थ्यांची कामगिरी तुलनेने अधिक समाधानकारक आढळते तर कनिष्ठ श्रेणीची सरकारी नोकरी, प्राथमिक शिक्षक, शेती/व्यापार अशी पार्श्वभूमी असलेल्या विद्यार्थ्यांची कामगिरी अपेक्षेइतकी का आढळत नाही ? हा एक प्रश्न. राखीव गटांमध्ये दलितांची, आणि त्यातूनही महार/नवबौद्धांची कामगिरी सापेक्षतः कमी समाधानकारक वा निकृष्ट का आढळावी ? हा दुसरा प्रश्न.

शिक्षण आणि विद्यार्थ्यांची प्रेरणा यांचा घनिष्ठ संबंध असतो. उच्चशिक्षित, आर्थिक दृष्टया सुस्थित व उच्च व्यावसायिक कुटुंबांमधील मुला-मुलींच्या ठायी किमान तीव्रतेची प्रेरणा गृहीत धरता येते. अगदी तळागाळातल्या, अडाणी थरांमधून येणाऱ्या मुला-मुलींच्या ठायी शिक्षणविषयक प्रेरणा व आकांक्षा उत्पन्न व्हावी असे वातावरण सामान्यतः नसते. पण काही योगायोगांमुळे याही थरांमधील काही कुटुंबांमधील काही मुला-मुलींच्या ठायी आपण शिकून मोठे व्हावे अशी आकांक्षा उत्पन्न होते. अंगच्या हुशारीला मिळालेले प्रोत्साहन व तिचे वेळीच झालेले कौतुक यांचा त्यात बराच वाटा असतो. अशांपैकीही अनेकांना उच्च शिक्षणापर्यंत पोचता येत नाही कारण परिस्थितीची प्रतिकूलता मोठी असते. पण जी थोडी मुले-मुली, बव्हंशी मुलगेच, महाविद्यालयापर्यंत पोचतात, आणि त्यातही वैद्यक महाविद्यालयात प्रवेश मिळवतात त्यांच्या ठायी तीव्र प्रेरणा असते आणि जिद्दही असते आणि अभ्यास नीट करून लौकरात लौकर अभ्यासक्रम पूर्ण करण्यावर त्यांचे लक्ष केंद्रित झालेले असते, असे म्हणण्यास जागा आहे. असे असेल तर मग या थरांमधून येणाऱ्या विद्यार्थ्यांची कामगिरी सापेक्षतः अधिक सरस आढळण्याचे स्पष्टीकरण मिळू शकते.

कनिष्ठ श्रेणीत स्थिरावलेल्या नोकरपेशातील मंडळींच्या घरांतले वातावरण तीव्र शैक्षणिक प्रेरणा उत्पन्न होण्याच्या दृष्टीने सापेक्षतः प्रतिकूल का आढळावे ? तुलनेने जास्त आर्थिक सुरक्षितता, सांस्कृतिक मागासलेपण आणि अल्पसंतुष्ट आकांक्षा यांचा संयोग होऊन एक विशेष वातावरण तयार होते का, राखीव जागांमुळे तुलनेने, विशेष प्रयत्न न करता जर अशा वातावरणात वाढलेल्या मुलांना वैद्यक महाविद्यालयात प्रवेश मिळाला तर, विशेष प्रयत्न न करताच आपण हाही अभ्यासक्रम पार पाडू शकू अशी धारणा होत असेल का, असे प्रश्न उपस्थित होतात.

दलितांमध्ये महार–नवबौद्धांना आंबेडकरी चळवळीचा उज्ज्वल वारसा लाभलेला आहे. शिका, सरकारी नोकऱ्यांमध्ये शिरा आणि राज्यसत्तेमध्ये योग्य वाटा पदरात पाडून घ्या ही बाबासाहेबांची शिकवण. शिक्षणाकडे फार मोठ्या प्रमाणात हा समाज वळला आहे. या पार्श्वभूमीवर, या समाजातून आलेल्या विद्यार्थ्यांची कामगिरी राखीव गटांमध्ये ठळकपणे उठून दिसावयास हवी. ती तशी का दिसत नाही ? बौद्धिक क्षमतेची उणीव हे कारण नाही ही उघड गोष्ट आहे. राखीव जागांच्या तरतुदीविषयीची धारणा, त्यातून उत्पन्न होणाऱ्या अपेक्षा, आणि त्यांशी निगडित मानसिकता यांचा या सापेक्षतः असमाधानकारक कामगिरीशी संबंध असेल का, असा प्रश्न उपस्थित होतो.

८. राखीव जागांच्या तरतुदीच्या मर्यादा व पुनर्रचनेची निकड : जात्यधिष्ठित समाजरचनेमधून उत्पन्न झालेला एक प्रकारचा असमतोल दुरुस्त करण्यासाठी विवक्षित जातिजमातींसाठी जागा राखून ठेवण्याची तरतूद केलेली आहे. पण इतरही काही प्रकारचे असमतोल अस्तित्वात आहेत हे महत्त्वाचे तथ्य प्रस्तुत अभ्यासाच्या

ओघात हाती आले. ही आम्ही महत्त्वाची उपलब्धी मानतो. शहरे, पुरुषवर्ग यांना आजच्या व्यवस्थेमुळे मिळणारे झुकते माप तसे न मिळण्याच्या दृष्टीने कोणती उपाययोजना करावयास हवी? राखीव जागा ही उपाययोजना ग्रामीण विद्यार्थी व स्त्रिया यांच्यासाठीही लागू करणे कितपत व्यवहार्य होईल? जागा राखून न ठेवता ग्रामीण विद्यार्थ्यांना व स्त्रियांना न्याय मिळेल असे घडून येण्यासाठी काय करावे लागेल? हे सारे प्रश्न उपस्थित होतात.

राखीव जागांची उपाययोजना सामाजिक न्यायाच्या प्रस्थापनेच्या दृष्टीने कशी अपुरी आहे यावर आणखी एका अंगानेही प्रकाश पडतो. व्यवहाराच्या सोयीसाठी चार मोठे राखीव गट करण्यात आलेले आणि प्रत्येक राखीव गटात अनेक जातींचा वा जमातींचा समावेश केल्याने त्या त्या गटात परत काही मोजक्या जातींना पुढावा मिळालेला स्पष्ट दिसून येतो. जातिजमातींचे संख्याबल तर असमान आहेच, पण त्यांची राखीव जागांच्या तरतुदींचा लाभ घेण्याची क्षमताही असमान आहे. या असमानतेची दखल आजची विशिष्ट तरतूद घेऊ शकत नाही. तशी ती घ्यावयाची म्हटले तर, प्रत्येक जातजमातगटान्तर्गत जातनिहाय राखीव जागा ठेवाव्या लागतील! आजच्या राखीव जागांच्या तरतुदीची मर्यादा यातून चांगली स्पष्ट होते.

एके काळी अनेक जातिजमातींमधून उच्च तांत्रिक पांढरपेशा व्यवसायांमध्ये जवळपास कोणी प्रवेश करू शकत नव्हते. राखीव जागांमुळे एका निश्चित प्रमाणात या व्यवसायांमध्ये मागास व पूर्वास्पृश्य जातिजमातींमधील व्यक्ती येऊ लागल्या. समतेच्या व न्यायाच्या दिशेने हे ठोस पाऊल पडले. राखीव जागांसाठी तरतूद जवळपास दोन पिढ्या राबविली गेल्यामुळे, तिच्या यशस्वी अंमलबजावणीमुळेच त्या त्या राखीव जातगटामध्ये एक छोटा पण निश्चित असा उच्चभ्रू वर्ग निर्माण झाला आहे. समान संधीच्या, नव्हे 'पॉझिटिव्ह डिस्क्रिमिनेशन'च्या तत्त्वाच्या अंमलबजावणीचा हा स्वाभाविक व अटळ परिणाम आहे. पण एका छोट्या उच्चभ्रू थरातील मुला-मुलींनी राखीव जागांचा पुनःपुन्हा लाभ घेत राहिल्यास त्या त्या राखीव जातगटामध्ये समाविष्ट असलेल्या सापेक्षतः अधिक मागास व दुबळ्या जातिजमातींमधील व कुटुंबांमधील मुलांना राखीव जातगटान्तर्गत स्पर्धेत यश संपादन करणे उत्तरोत्तर अधिकाधिक कठीण होणार. दलित/मागासवर्गीयांमधील या नव्या व्यावसायिक / अंमलदार श्रेष्ठी वर्गाची मक्तेदारीच एका प्रकारे प्रस्थापित होण्याची दाट शक्यता आहे. असे घडून आल्यास, राखीव जागांची तरतूद ही अधिक खोलवर व व्यापक स्वरूपात समता प्रस्थापित करण्याच्या, न्याय मिळवून देण्याच्या आड येण्याची शक्यता ध्यानात घेतली पाहिजे. राखीव जागांचा लाभ कोणाला मिळत राहावा यासंबंधीच्या नियमांमध्ये अनुरूप असे, मुळापर्यंत जाणारे फेरबदल करण्याची निकड स्पष्ट आहे.

या स्वरूपाची मक्तेदारी खुल्या स्पर्धेच्या गटातही आज प्रस्थापित झालेली आहे, 'खुली स्पर्धा' गटाची शेवटची टक्केवारी ९० % च्या आसपास कायमच्यासाठी प्रस्थापित झाल्याने या गटातील सामान्य आर्थिक–सामाजिक स्थितीतल्या, मागास व दुबळ्या कुटुंबांमधील मुला-मुलींना प्रवेशासाठीच्या स्पर्धेत यश संपादन करणे अत्यंत अवघड झाले आहे. खासगी वैद्यक महाविद्यालयांना परवानगी देण्याच्या धोरणामुळे याच्या भरीला पैशाच्या बळाची वेगळी मक्तेदारी पण प्रस्थापित होत आहे. ही दुहेरी कोंडी– 'गुणवत्ता' व पैसा यांची–फोडण्यासाठी खुली स्पर्धा गटाच्या संदर्भातही प्रवेशविषयक धोरणाचा खोलात जाऊन फेरविचार करणे आवश्यक आहे, असे आम्हाला सुचवावेसे वाटते.



अनुक्रमणिका





प्रकरण तिसरे

दलित / मागासवर्गीय डॉक्टरांचे विश्व *

पदवी घेऊन व्यवसायात पडलेल्या दलित/मागासवर्गीय ' राखीव ' डॉक्टरांच्या स्थितिगतीचा अभ्यास करणे हा आमच्या अभ्यासाचा एक मुख्य उद्देश होता. यासाठी आम्ही प्रश्नावलींचा प्राथमिक आधार घेतला. भरून आलेल्या प्रश्नावलींमधून समोर उमटणाऱ्या चित्रातले तपशील व बारकावे अधिक स्पष्ट करून घेण्याच्या दृष्टीने निवडक डॉक्टरांच्या आम्ही मुलाखती घेतल्या.

द/मा डॉक्टरांची कौटुंबिक पार्श्वभूमी व जडण-घडण, शिक्षणकाळातील त्यांची स्थिती व अनुभव, नोकरी की व्यवसाय यांमधून निवड करण्याची प्रक्रिया, नोकरी/व्यवसाय यांतील अनुभव, त्यांचे आजचे जीवनमान व व्यावसायिक यशापयश यांच्या संदर्भात प्रश्न विचारले होते. राखीव जागांच्या तरतुदीसंबंधी द/मा डॉक्टरांचे मत जाणून घेण्याच्या दृष्टीने प्रश्नावलीमध्ये वेगळा विभागच योजलेला होता.

अशा रीतीने, केवळ द/मा डॉक्टर फक्त सरकारी नोकऱ्यांमध्ये सापडतात की स्वतंत्र प्रॅक्टिस करतानाही आढळतात, आणि स्वतंत्र प्रॅक्टिस करीत असले तर त्यांची प्रॅक्टिस कितपत चालते एवढे बघून न थांबता, राखीव जागांच्या तरतुदीने अस्तित्वात आलेल्या सामाजिक चलनवलनाची प्रक्रिया समग्रपणे जाणून घेण्याच्या दृष्टीने प्रश्नावलीची आखणी केलेली होती.

३.१. प्रश्नावली नमुना-गट

एकूण शंभर डॉक्टरांकडून प्रश्नावली भरून मिळाल्या. यांपैकी ७४ डॉक्टर राखीव गटांमधील व २६ खुल्या स्पर्धेतले होते. सामान्यतः हे सर्व डॉक्टर १९७१ ते १९८२ या काळात बै. जि. महाविद्यालयामधून पास झालेले आहेत.

पस्तिशीच्या आतील डॉक्टरांचे प्रमाण सगळ्याच गटांमध्ये जास्त आहे. चाळिशी ओलांडलेले फक्त आठ-जण आहेत. खुल्या स्पर्धेतील डॉक्टरांची बॅच १९७९ ची असल्याने या गटातील बहुसंख्य डॉक्टर तर तिशीच्या आतीलच (२६ पैकी १६) आहेत. भटके–विमुक्त व आदिवासी या दोन गटांमधील सर्व, ' इतर मागासवर्गीयां ' मध्ये ३४ पैकी २४, तर दलित गटात ३० पैकी १७ जण पस्तिशीच्या आतील आहेत. राखीव गटांचा एकंदरीत विचार करता १९ तिशीच्या आतील, ३२ जण ३१ ते ३५ मधील, १८ जण ३६ ते ४० या वयोगटातील आणि फक्त ४ जण चाळिशीच्या वर आहेत. म्हणजे अधिकतर नमुना-गट तरुण डॉक्टरांचा बनलेला आहे.

मात्र हा गट जवळपास सर्वस्वी पुरुष डॉक्टरांचा आहे. १०० मध्ये फक्त ३ स्त्री-डॉक्टर (१ राखीव, २ खुली स्पर्धा) आहेत. बै. जि. महाविद्यालयातून १९७१ ते ८२ या काळात पदवी घेणाऱ्या राखीव गटातील स्त्रियांचे प्रमाण कमीच (१३ %) आहे. पण नमुना-गटात त्यांचे प्रतिनिधित्व आणखीच कमी आहे.

प्रश्नावली भरून पाठविलेल्या शंभरांची गटवार विभागणी पुढीलप्रमाणे आहे. दलित ३०, भटके/विमुक्त ७, आदिवासी ३, व ' इतर मागासवर्गीय ' ३४; खुली स्पर्धा २६. दलितांमध्ये १६ चांभार, ९ महार / नवबौद्ध व ५ मांग, ढोर इ. आहेत. भटक्या/विमुक्त गटात भोई, लमाण, बंजारा, बावा, बेलदार, रामोशी, परदेशी इत्यादींचा समावेश आहे. ' इतर मागासवर्गीयां ' मध्ये शिंपी, तेली, वंजारी व माळी या जातींमधील प्रत्येकी ४ हून अधिक डॉक्टरांचा समावेश आहे. यांखेरीज सोनार, सुतार, साळी, कुणबीमराठा, भावसार, परीट, कोळी, न्हावी, धनगर, जंगम या जातींमधील डॉक्टरांकडून १ किंवा २ प्रश्नावली भरून मिळाल्या. खुल्या स्पर्धेतील डॉक्टरांमध्ये १७ ब्राह्मण, ४ मराठा

* प्रामुख्याने प्रश्नावलींवर आधारित.

... ५

अनुक्रमणिका

आणि रजपूत, विदुर, वाणी, जैनमारवाडी, गुजर दशनिमा यांच्या एकेक अशा एकूण २६ प्रश्नावली आहेत.

या शंभरांमध्ये ६३ जणांनी पदव्युत्तर (पदवी वा पदविका) अभ्यासक्रम पूर्ण केला आहे (कोष्टक क. ३.१, पृ. ३५). पदविका घेणाऱ्या १३ जणांमध्ये ३ खुल्या स्पर्धेतले आहेत. पदवी घेणाऱ्या ४४ जणामध्ये १५ खुली स्पर्धावाले आहेत. शिवाय सहा जणांनी पदव्युत्तर शिक्षण पूर्ण केलेले आहे, पण त्यांना अजून पदवी मिळालेली नाही. एका दलित डॉक्टरांनी ॲलोपथीच्या क्षेत्रातील कोणत्याही विषयात पदव्युत्तर शिक्षण घेतले नसले तरी मॅग्नेटोथेरपी, ॲक्यूपंक्चर, निसर्गोपचार यांचे छोटे छोटे अभ्यासक्रम पूर्ण केलेले आहेत. वैद्यक, स्त्रीरोग व प्रसूतिशास्त्र, बालरोगचिकित्सा, शल्यचिकित्सा, अस्थिशल्यचिकित्सा, नेत्रचिकित्सा, मानसोपचार, क्षय व छातीचे रोग, अशा विविध शाखांमधील पदव्युत्तर शिक्षण घेतलेल्यांचा या साऱ्यांमध्ये समावेश आहे. राखीव गटांमधील पदव्युत्तर शिक्षण घेतलेल्यांमध्ये या साऱ्या विविध शाखांमधले डॉक्टर आहेत.

नमुना-गटामध्ये, अशा रीतीने, विशेषज्ञ डॉक्टरांचे चांगलेच आधिक्य असल्याने साहजिकच नोकरी करणाऱ्यांपेक्षा स्वतंत्र प्रॅक्टिस करणाऱ्यांचे प्रमाण अधिक आहे (कोष्टक क. ३.२, पृ. ३६). नोकरी करणाऱ्या ३४ जणांपैकी ४ जण खासगी/बिनसरकारी नोकरीत आहेत. जनरल प्रॅक्टिस करणाऱ्या २९ जणांपैकी ७ जणांचे तर कन्सल्टन्सी प्रॅक्टिस करणाऱ्या ३९ जणांपैकी २४ जणांचे नर्सिंग होम आहे. तिघांचे पदव्युत्तर शिक्षण, प्रश्नावली भरल्यावेळी, नुकतेच संपले असल्याने त्यांनी नोकरी वा प्रॅक्टिस सुरू केलेली नव्हती. राखीव व खुली स्पर्धा या दोन गटांमध्ये आढळणारा साम्यभेद कोणता म्हणावयाचा तर, १) तुलनेने नोकरीत, तेही सरकारी/निमसरकारी नोकरीत असणाऱ्यांचे प्रमाण राखीव गटांमध्ये जास्त आहे; २) स्वतंत्र प्रॅक्टिसमध्ये दोन्ही गटांमध्ये जनरल प्रॅक्टिशनर, कन्सल्टंट व स्वतःचे नर्सिंग होम असलेले डॉक्टर आहेत. प्रमाणही दोन्हीकडे फार वेगळे नाही; मात्र खुल्या स्पर्धेतून आलेल्यांमध्ये कन्सल्टंट्स जास्त प्रमाणात आहेत.

प्रश्नावली नमुना-गट प्रातिनिधिक आहे असे कितपत म्हणता येईल हे आम्ही तपासून पाहिले. १९७१ ते १९८२ या काळातील ज्या ५८८ 'राखीव' द/मा डॉक्टरांचा गट डोळ्यांसमोर होता त्या गटाशी आम्ही तुलना करून पाहिली. वेगवेगळ्या जातिजमातींचा समावेश व त्यांचे प्रमाण या अंगाने पूर्णपणे प्रातिनिधिक म्हणता येईल असा नमुना-गट तयार होणे अतिशय कठीण आहे. पण प्रश्नावली नमुना-गट एकांगी खासच म्हणता येणार नाही; बऱ्याच प्रमाणात प्रातिनिधिक आहे.*

ग्रामीण–शहरी विभागणी (प्रमाण), व्यावसायिक वर्गवारी, परीक्षांमधील कामगिरी, अशा कसोट्यांवरही प्रश्नावली नमुना-गट हा समाधानकारक प्रमाणात प्रातिनिधिक म्हणता येईल असा आहे.

अशा रीतीने, प्रश्नावली भरून पाठविणाऱ्या राखीव द/मा डॉक्टरांची संख्या फक्त ७६ असली तरी कौटुंबिक पार्श्वभूमी, शहरी / ग्रामीण, वैद्यकीय शिक्षण, नोकरी / स्वतंत्र व्यवसाय, परीक्षांमधील कामगिरी, जातिजमाती अशा वेगवेगळ्या अंगांनी पुरेसे वैविध्य व अनुभवांचा पल्ला असलेला हा नमुना-गट आहे.

३·२. कौटुंबिक पार्श्वभूमी

राखीव जागांची तरतूद करण्यामागचे एक प्रमुख समर्थन असे आहे की, पूर्वास्पृश्य, आदिवासी, भटके/विमुक्त व सवर्ण समाजांतील अनेक जाती शैक्षणिक, व्यावसायिक दृष्ट्या मागास आहेत. पिढ्यान् पिढ्या त्या या अवस्थेत असल्याने त्यांच्या घरात शिक्षणाची परंपरा नाही, मुलांनी किमान शिक्षण घेतले पाहिजे असे संस्कार नाहीत. सभोवताली शिक्षणास अनुकूल असे वातावरण नसते, अभ्यासासाठी घरात सोयी नसतात

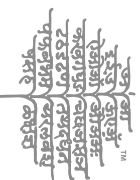
* आदिवासी व भटके/विमुक्त यांच्या बाबतीत जातजमातविषयक खोट्या दाखल्यांची विशेष समस्या राहिली आहे. प्रश्नावली भरून पाठविणाऱ्यांमध्ये एकही महादेव कोळी जमातीतला डॉक्टर नाही. तर ७१–८२ नमुना-गटात ४७ पैकी २० आदिवासी महादेव-कोळीअसल्याचे आढळते. बऱ्याचदा महादेव-कोळी असल्याचे खोटेच प्रमाणपत्र दाखल केले जाई असे ऐकिवात आले. भटके/विमुक्त गटात ७१–८२ नमुना-गटात बेलदार व राजपूत-भामटा या दोन जमातींमधून आलेल्यांची संख्या १/३ होती. प्रश्नावली नमुना-गटात एक बेलदार-जमातीय डॉक्टर तेवढा आहे. 'राजपूत-भामटा' असल्याचे प्रमाणपत्र खोटेच मिळविले जात असल्याबद्दल बरेच सांगितले जाते.

कोष्टक क्र. ३.१

प्रश्नावली नमुना-गटातील डॉक्टरांचे पदव्युत्तर शिक्षणविषयक जातगटवार वर्गीकरण

	पदव्युत्तर अभ्यासक्रम													
	मेडिसिन	बालरोग	स्त्रीरोग व प्रसूतिशास्त्र	शल्यचिकित्सा	अस्थिशल्य चिकित्सा	नेत्रविशारद	त्वचा व गुप्त रोग	क्षय व फुफ्फुसांचे रोग	मूळशास्त्र	मानसोपचारतज्ञ	पॅथॉलॉजी	सोशल अँड प्रिव्हेंटिव्ह मेडिसीन	इतर	एकूण पदव्युत्तर शिक्षण घेतलेले
दलित: चांभार (१६)	—	३	३	—	१	—	३	१	१	—	—	—	२	१४
दलित: महार / नवबौद्ध (९)	१	१	१	१	१	१	—	—	—	—	—	—	—	६
दलित: अन्य (५)	—	—	—	—	—	—	१	—	—	—	—	—	१	२
एकूण (३०)	१	४	४	१	२	१	४	१	१	—	—	—	३	२२
भटक्या / विमुक्त जाती (७)	—	१	—	—	—	—	१	—	—	—	—	—	—	२
आदिवासी (३)	१	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	१
इतर मागासवर्गीय (३४)	२	२	३	२	२	१	—	१	—	२	१	१	१	१८
खुली स्पर्धा गट: मराठा, रजपूत क्षत्रिय, विदुर (६)	—	—	१	—	२	—	१	—	—	—	—	—	—	४
खुली स्पर्धा गट: ब्राह्मण (१७)	२	२	२	२	२	२	२	—	—	—	—	—	—	१४
खुली स्पर्धा गट: वैश्य (३)	—	—	१	—	—	—	—	—	१	—	—	—	—	२
एकूण (२६)	२	२	४	२	४	२	३	—	१	—	—	—	—	२०
एकूण बेरीज (१००)	६	९	११	५	८	४	८	२	२	२	१	१	४	६३

अनुक्रमणिका





व मार्गदर्शन करणारेही कोणी नसते. पुष्कळदा उच्च शिक्षण घेणाऱ्यांची ती पहिलीच पिढी असते. म्हणून अशा घरांमधून येणाऱ्या मुलांना उच्च शिक्षणाच्या दृष्टीने, एक वेळा आर्थिक अंगाने नसली तरी, इतर सर्व प्रकारची अनुकूलता असलेल्या मुलांबरोबर स्पर्धेत उतरायला लावणे न्यायाला धरून होणार नाही, अशी भूमिका घेतली गेली. शिक्षण कोठे राहून करावे लागले, शिक्षण कोठे झाले, शिक्षणाचा खर्च धरून होऊ शकला की वाहेरून मदत घ्यावी लागली याची माहिती मिळविली.

(i) **आईवडिलांचे शिक्षण :** राखीव गटांपैकी दलित, आदिवासी, भटके/विमुक्त या तीन गटांमधून आलेल्यांपैकी ५७.५% डॉक्टरांचे वडील अशिक्षित वा अल्पशिक्षित (२ री, ३ री) आहेत. शिक्षण घेणारी डॉक्टरांची ही पहिलीच पिढी आहे. आईवडील निरक्षर वा अल्पशिक्षित असलेल्या या घरांमध्ये फक्त एकाच कुटुंबात अन्य वडिलधारी व्यक्ती शिकलेली आढळली. वडील मॅट्रिकहून अधिक शिकलेले आहेत अशा कुटुंबांचे प्रमाण १०% आहे. दलितांमध्ये चांभार व महार यांच्यात तुलना करता अशिक्षित/अल्पशिक्षित वडिलांचे प्रमाण चांभारांमध्ये अधिक आहे. मॅट्रिकच्या वर शिक्षण घेतलेल्यांमध्येही महारांचे प्रमाण वरील तीन गटांमध्ये सर्वाधिक आहे.

पुरुषांच्या तुलनेत सर्वच जातिजमातींमध्ये शिकलेल्या स्त्रियांचे प्रमाण कमी आहे. वरील तीन राखीव गटांमध्ये, आई अशिक्षित वा अल्पशिक्षित असलेल्या कुटुंबांचे प्रमाण ८५% आहे. हे अपेक्षितच आहे. ज्या काही शिक्षित आया आहेत त्या चांभार व महार / नवबौद्धांमध्येच आहेत. त्यातही महार / नवबौद्धांमध्ये त्यांचे प्रमाण जास्त आहे एका महार / नवबौद्ध डॉक्टरांची आई बी. ए. झालेली आहे.

'इतर मागासवर्गीय' गटात वडिलांचे माध्यमिक शिक्षण झाले आहे अशी कुटुंबे टक्केवारीने सर्वांत अधिक (४१.२) आहेत. २९.४% कुटुंबांमध्ये वडिलांचे महाविद्यालयीन शिक्षण झालेले आहे. शिक्षित आयांचे प्रमाण ३७% आहे. दलित, आदिवासी व भटके/विमुक्त यांच्या तुलनेत या सवर्ण जातगटात शिकलेल्या पालकांचे प्रमाण बरेच जास्त आढळणे स्वाभाविकच आहे. तरीदेखील या गटातही २३.५% कुटुंबांत वडील व ६३.०% कुटुंबांमध्ये आई अशिक्षित वा अल्पशिक्षित आढळावेत ही विशेष नमूद करण्यासारखी गोष्ट आहे.

खुल्या स्पर्धेच्या गटामध्येही ११.५% अशिक्षित/अल्पशिक्षित वडील आढळतात, व ही सर्व कुटुंबे 'मराठा' जातीत मोडणारी आहेत, या दोन्ही गोष्टी अशाच विशेष दखल घेण्याजोग्या आहेत. बहुसंख्य

कोष्टक क्र. ३.२

प्रश्नावली नमुना-गटाचे व्यावसायिक वर्गीकरण

	पदव्युत्तर शिक्षण पूर्ण करत आहेत	नोकरी	खासगी प्रॅक्टिस	नोकरी आणि प्रॅक्टिस	एकूण
दलित : चांभार	—	६	९	१	१६
महार	१	३	४	१	९
अन्य	१	२	—	२	५
आदिवासी	—	२	१	—	३
भटके/विमुक्त	—	३	४	—	७
इतर मागासवर्गीय	२	९	२२	१	३४
खुली स्पर्धा गट	—	३	२२	१	२६
एकूण	४	२८	६२	६	१००





कोष्टक ३.३

प्रश्नावली नमुना-गटातील डॉक्टरांचे व्यावसायिक वर्गीकरण (तपशील)

जातगट/जात		पदव्युत्तर शिक्षण पूर्ण करीत आहेत	नोकरी						खाजगी प्रॅक्टिस				नोकरीबरोबरच प्रॅक्टिस
				सरकारी					जनरल		कन्सल्टिंग		
			खासगी नोकरी	प्राथमिक आरोग्य केंद्र	कॉटेज हॉस्पिटल कॉलेज	जिल्हा रुग्णालय	अधिव्याख्याता/प्राध्यापक	इतर	दवाखाना	दवाखाना + हॉस्पिटल	केवळ कन्सल्टंसी	हॉस्पिटलसहित कन्सल्टंसी	
दलित चांभार	१६	–	१+	१	–	१	२	२	४	–	३	३	१+
महार	९	१+	–	१	–	१	–	२	१	१	१	२	१+
इतर	५	१	१+	१	१+	–	–	१	२	–	–	–	२+
आदिवासी भिल्ल	३	–	–	२	–	–	–	–	–	–	–	१	–
भटके/विमुक्त	७	–	–	२	–	–	–	१	२	–	२	–	–
एकूण	४०	२	२	७	१	२	२	६	९	१	६	६	४+
इतर मागासवर्गीय	३४	२	–	६+	१	–	१	२	८	४	२	९	१+
खुली स्पर्धा	२६	–	२	१+	–	–	१	–	५	२	७	९	१+
एकूण	१००	४	४	१४	२	२	४	८	२२	७	१५	२४	
			३४						६८				–६

कुटुंबांमध्ये वडील उच्चशिक्षित आहेत. अपेक्षेप्रमाणेच, ब्राह्मण जातीतल्या कुटुंबांमध्ये हे प्रमाण खूपच जास्त आहे. त्यांच्यात शिक्षित आयांचेही प्रमाण बरेच जास्त आहे.

ii) **आई-वडिलांचा व्यवसाय :** मजुरी, बलुतेदारी, कारागिरी व्यवसाय, अन्य फुटकळ व्यवसाय अशा पारंपरिक तसेच प्राथमिक शिक्षक, चतुर्थश्रेणी सरकारी वा खासगी नोकरी अशा नव्या व्यवस्थेच्या तळाशी असलेल्या व्यवसायांत जर पालक असले तर त्यांचे उत्पन्नही बेताचेच असण्याची आणि उच्च शिक्षणाला घरातले वातावरण प्रतिकूल राहण्याची शक्यता अधिक. शेती व व्यापार हे व्यवसायही असे आहेत की अशा कुटुंबांमधील वातावरण उच्च शिक्षण घेण्याच्या दृष्टीने आताआतापर्यंत विशेष अनुकूल नसे. शेती अल्प व तीही जिराईत

असेल, दुकानदारी छोटया स्वरूपाची, विशेषत: ग्रामीण भागातली असेल तर आजही अशा घरांमधील वातावरण शिक्षणाच्या दृष्टीने फारसे अनुकूल आढळणार नाही.

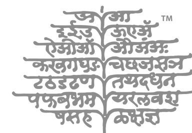
वडिलांच्या व्यवसायाचे चित्र प्रश्नावली नमुना-गटात पुढीलप्रमाणे आढळते– ' इतर मागासवर्गीय ' सोडून अन्य राखीव गटांमध्ये, शालेय-महाविद्यालयीन-शिक्षणाकडे ज्यांची पाठ आहे असे म्हणता येईल अशा व्यवसायांमध्ये वडील असलेली कुटुंबे निम्म्याहून अधिक आहेत. थोडेबहुत शालेय शिक्षण झाल्याखेरीज ज्या नोकऱ्या मिळत नाहीत अशा चतुर्थश्रेणी सरकारी नोकर, प्राथमिक शिक्षक, कनिष्ठ दर्जाची खासगी नोकरी या व्यवसायांमध्ये असलेल्या कुटुंबांचे प्रमाण ३२.५ % आहे. अशा रीतीने, उच्च शिक्षणाच्या दृष्टीने फारसे पोषक वातावरण निर्माण न करणाऱ्या व्यवसायांमध्ये, एकंदर ८५ % च्या जवळपास कुटुंबे आहेत.

' इतर मागासवर्गीय ' गटात हेच प्रमाण ६४.७ % आहे. पण ह्यांच्यात व इतर राखीव गटांमध्ये असलेला फरक ध्यानात घेणेही अगत्याचे आहे. पूर्वास्पृश्य, भटके/विमुक्त यांचे पारंपरिक व्यवसाय व ' इतर मागास-वर्गीयां 'मधील कुटुंबांचे पारंपरिक व्यवसाय यांचा दर्जा पुष्कळ वेगळा आहे. यांपैकी अनेक व्यवसाय हे नागर आहेत (उदा., सोनार, शिंपी, इ.). या व्यवसायांना प्रतिष्ठा बऱ्यापैकी आहे व उत्पन्नही चांगले मिळायची शक्यता असते. ' इतर मागासवर्गीयां ' पैकी बहुसंख्य कुटुंबे शेती व व्यापार करणारी आहेत. यांची शेती अधिक मोठी व चांगली, व्यापार सुस्थितीतील असण्याची शक्यता जास्त. या सगळ्याचा आणि या जाती सवर्ण असण्याचा संबंध आहेच. मात्र हे व्यवसाय करणाऱ्या जातींमध्ये मुलांनी उच्च शिक्षण घेण्याची पूर्वीपासूनची परंपरा नाही. दलित, आदिवासी व भटके/विमुक्त यांच्या तुलनेत हे पुढारलेले असले तरी उच्चवर्णीय जातींच्या तुलनेत यांचे शैक्षणिक मागासले-पण, व या व्यवसायांमधील कुटुंबांमध्ये शैक्षणिक पर-परेचा अभाव निर्विवाद आहे. शिक्षण घेऊन पांढरपेशा नोकऱ्याचाकऱ्या व व्यवसायांमध्ये दाखल होण्याची प्रक्रिया या गटामध्ये एक-दोन पिढ्या आधी सुरू झालेली असल्याचे एक गमक म्हणजे एकतृतीयांशाहून थोड्या अधिक कुटुंबांमध्ये पालक या प्रकारच्या नोकऱ्याचाकऱ्यांमध्ये आढळतात हे होय. चतुर्थश्रेणी सरकारी नोकरी वा तत्सम कनिष्ठ नोकरीपेशामध्ये या गटातील फार कमी कुटुंबे आहेत हाही इतर राखीव गटांपासून, विशेषत: दलितांपासून, ' इतर मागास-वर्गीयां 'ना वेगळा करणारा मुद्दा आहे.

शिक्षण व व्यवसाय यांच्यासंबंधी प्रश्न विचारत असताना वडिलांबरोबर आईच्या शिक्षण व व्यवसाया-संबंधी पण विचारणा केली होती. दलित, आदिवासी व भटके/विमुक्त यांच्यापैकी आई पण काही व्यवसाय करीत असल्याची नोंद २५ % डॉक्टरांनी केली आहे. यांपैकी निम्म्या पारंपरिक व्यवसायांत व उरलेल्या अल्प-शिक्षणावर आधारित व्यवसायांत आहेत. एका डॉक्टरांची आई उच्चशिक्षित असून सरकारी नोकरीत वरिष्ठ दर्जावर आहे. किंबहुना, वडिलांचा व्यवसाय मजुरीचा वा जातविशिष्ट (कनिष्ठ दर्जाच्या) बलुते-दारीचा असेल तेथे आईचा पण त्या व्यवसायात सहभाग असतोच. ' इतर मागासवर्गीय ' गटात २९ % कुटुंबां-मधील आया व्यवसाय करीत असल्याची नोंद आहे. त्यांपैकी ८० % शेती व अन्य पारंपरिक व्यवसायांत आहेत. बाकी एक प्राथमिक व आणखी एक माध्यमिक शिक्षिका आहे.

खुल्या स्पर्धेच्या गटात २३ % कुटुंबांमधील आया व्यवसाय करतात. त्यांपैकी एकतृतीयांश घरच्या पारंपरिक शेतीव्यवसायात आहेत. उरलेल्या सर्व माध्यमिक शिक्षिका वा महाविद्यालयीन प्राध्यापिका आहेत.

कुटुंबाचा खर्च चालविण्यासाठी अत्यावश्यक म्हणून मोलमजुरी वा कनिष्ठ दर्जाची नोकरी पत्करणे, तसेच घरातल्या व्यवसायात मदत करणे असे आयांच्या व्यवसायाचे अधिकतर स्वरूप द / मा डॉक्टरांच्या कुटुंबांमध्ये आढळते. उच्च शिक्षण घेतलेले असल्याने, त्या शिक्षणाचा उपयोग करून एक स्वतंत्र व्यावसायिक जीवन जगणे आणि कुटुंबाचे उत्पन्न वाढविणे हे स्वरूप खुल्या स्पर्धेच्या गटात अधिक आढळते. असे असले तरी, दलित-आदिवासी-भटके/विमुक्त यांच्यामध्येही केवळ घरकामातच असणाऱ्या आयांचे प्रमाण ७५ % इतके आहे. याचा एक अर्थ असा की, आई व वडील दोघांनीही पूर्ण वेळ घराबाहेर कामधंदा केल्याशिवाय पोट भरतच नाही इतक्या वाईट परिस्थितीतल्या कुटुंबां-मधली मुले-मुली वैद्यक अभ्यासक्रमापर्यंत सहसा पोचत नाहीत.





खुल्या स्पर्धेतल्या २६ डॉक्टरांपैकी मराठा/क्षत्रिय व 'वैश्य' कुटुंबांमधील बहुतेकांचा व्यवसाय शेती आहे (९ पैकी ७). कनिष्ठ दर्जाच्या नोकरीव्यवसायांमध्ये ६ कुटुंबे आहेत (२३%). ५०% कुटुंबे मध्यम वा उच्च दर्जाच्या सरकारी नोकरीत, पांढरपेशा नोकरीत, वा खासगी व्यवसायांत आहेत. शिक्षणाच्या दृष्टीने अनुकूल पोषक वातावरण घरात असण्यामध्ये दलित-आदिवासी-भटके/विमुक्त, 'इतर मागासवर्गीय' व खुल्या स्पर्धेचा गट यांच्यामध्ये व्यवसायाच्या मुद्द्यावरून आढळणारा फरक लक्षणीय आहे.

iii) **कौटुंबिक स्थिती** : राखीव जागांची तरतूद तावडतोब बंद करावी असे म्हणणाऱ्यांकडून केला जाणारा एक युक्तिवाद असा असतो की, गेली ३५–४० वर्षे राखीव जागांचा लाभ मिळाल्यामुळे उच्च श्रेणीच्या नोकऱ्या-व्यवसायांत जाऊन पोचलेल्या दलित/मागासवर्गीय कुटुंबांमधील मुले-मुलीच या तरतुदींचा फायदा उठवीत असतात. यांची आर्थिक परिस्थिती खुल्या स्पर्धेतून येणाऱ्या मुलामुलींपेक्षाही पुष्कळ वेळा अधिक चांगली असते. शिक्षणाच्या दृष्टीने सोयी, वातावरण यांची अनुकूलता असते. पुष्कळदा ही मुले-मुली शहरी असतात व चांगल्या शाळांमध्ये शिकलेली असतात. तेव्हा, यांच्यासाठी राखीव जागा ठेवणे म्हणजे फाजील लाड चालू ठेवणेच नाही का ? असे विचारले जाते.

प्रश्नावली भरून पाठविलेल्या द/मा डॉक्टरांपैकी फार थोड्यांच्या बाबतीत वरील आक्षेप लागू पडतो हे स्पष्ट आहे. आईवडील उच्चशिक्षित आहेत, चांगल्या नोकरीपेशात व सुस्थितीत आहेत, शिक्षण घेणाऱ्यांची ही तिसरी पिढी आहे असे १० ते १५ टक्के कुटुंबांच्या संदर्भातच म्हणता येते. उलटपक्षी, शिक्षण घेण्याच्या दृष्टीने सामाजिक-शैक्षणिक व आर्थिक प्रतिकूलता असणारी कुटुंबे खुल्या स्पर्धेच्या गटात अल्प प्रमाणातच आहेत. म्हणजेच, उच्चवर्णीय सवर्ण हिंदू व तत्सम इतर समाज यांच्यामधून सामान्यत: ज्या थरांमधली मुले-मुली वैद्यकीय शिक्षणाकडे वळतात त्यांच्याशी खुल्या स्पर्धेत उतरावयास सांगणे अन्याय करणारे ठरेल इतक्या मागास व दुबळ्या द/मा कुटुंबांमधूनच बहुसंख्य मुले-मुली १९७१ ते ८२ या काळात डॉक्टर झालेली आढळतात. खुली स्पर्धा गट व राखीव गट यांच्यातील भेद ठळक आहेत.

१९६५ ते १९७७-७८ या काळात प्रवेश घेतलेल्या विद्यार्थ्यांच्या, वैद्यकपूर्व शिक्षण घेत असतानाच्या काळातील त्यांच्या कुटुंबांची स्थिती आपण पाहात आहोत. त्यांच्या पालकांची पिढी ही १९४५ ते १९६० च्या या काळात नोकरी-व्यवसायात लागलेल्यांची पिढी आहे हे ध्यानात घ्यावयास हवे.

३·३. वैद्यकपूर्व शिक्षण : प्रश्नावली नमुना-गटातील ५७.५% 'राखीव' डॉक्टरांचे प्राथमिक शिक्षण ग्रामीण भागात झाले. खुली स्पर्धा गटात हे प्रमाण ३४% आहे. माध्यमिक पातळीवर राखीव गटामध्ये २२.८% डॉक्टरांचे शिक्षण ग्रामीण भागात झाले. खुली स्पर्धा गटात हे प्रमाण ७.७% इतके कमी होते. बहुसंख्य विद्यार्थ्यांचे महाविद्यालयीन शिक्षण शहरात राहून होते असे असले तरी राखीव गटात हे प्रमाण ६७% आहे तर खुल्या स्पर्धेच्या गटात ८४.८५% आहे.

शालेय शिक्षणाचा खर्च राखीव जातगटांमध्येही बहुतांशी आईवडिलांनी भागविल्याचे आढळले (दलित-आदिवासी-भटके/विमुक्त ८०%, 'इतर मागासवर्गीय' ८८.५%). वैद्यकपूर्व महाविद्यालयीन शिक्षणाचा खर्च खुली स्पर्धा गटातील ६९% डॉक्टरांच्या बाबतीत आईवडिलांनी भागविला. याउलट, 'इतर मागासवर्गीय' व दलित-आदिवासी-भटके/विमुक्त यांच्या बाबतीत अनुक्रमे ३८% व ५५% डॉक्टरांना शिक्षण पूर्ण करण्यासाठी बाहेरून मदत घ्यावी लागली वा अंशत: स्वत: कमाई करून खर्च भागवावा लागला.

शिक्षण – घरी/वसतिगृहामध्ये : सर्व जातजमात गटांमधील बहुसंख्य विद्यार्थ्यांचे प्राथमिक शिक्षण घरी राहूनच झाले. ही गोष्ट स्वाभाविक आहे. परंतु दलित, आदिवासी, भटके-विमुक्त या गटांमधील १०% मुलांना प्राथमिक शिक्षणासाठीही वसतिगृहात राहावे लागले हे ध्यानात घेण्यासारखे आहे. माध्यमिक शिक्षणाच्या पातळीवर सर्वच जातजमातगटांतील २१–२२% विद्यार्थी वसतिगृहात वा खोली घेऊन राहात होते. दलित-आदिवासींमध्ये हे प्रमाण थोडे जास्त, म्हणजे २७–२८% होते. काहीशी अनपेक्षित गोष्ट अशी की, महाविद्यालयीन पातळीवर केवळ 'इतर मागासवर्गीय' (५३%) व अन्य राखीव गट (५७.५%) यांच्यातील निम्म्याहून अधिक डॉक्टरांनी वसतिगृहात राहून शिक्षण घेतले असे नाही तर खुल्या स्पर्धेतल्या

अनुक्रमणिका

५० % डॉक्टरांनीही वसतिगृहात राहून महाविद्यालयीन शिक्षण घेतले. यामागची कारणे मात्र अगदी भिन्न स्वरूपाची आहेत. माध्यमिक व महाविद्यालयीन पातळीवर मुलाला (मुलींना सहसा लांबवर वसतिगृहात पाठविले जात नाही) चांगले शिक्षण मिळावे म्हणून जादा खर्च करून पण नावाजलेल्या शाळेत पाठवून वसतिगृहात सोय करणारे पालक खुली स्पर्धा गटात व संभवतः इतर मागासवर्गीय गटांत आढळतात. विशेषतः ग्रामीण भागात व्यवसायानिमित्त ज्यांना घर करावे लागते अशा पालकांची ही भूमिका आढळते. तर दलित, आदिवासी, भटके/विमुक्त या गटांमधील गरीब परिस्थितीतील पालकांना मुलांच्या शिक्षणाचा खर्च वराचसा परस्पर बाहेरच्या बाहेर निघण्याच्या दृष्टीने वसतिगृहांचा आधार घ्यावा लागतो. वसतिगृहात सोय करता आली नाही तर मुलाचे शिक्षण खुंटते. दोन अगदी वेगवेगळ्या कारणांनी मुलांना वसतिगृहामध्ये शिक्षणासाठी ठेवले जाते हे या संदर्भातील टक्केवारीचा अर्थ लावीत असताना लक्षात ठेवणे जरुरीचे आहे.

३.४. वैद्यकीय शिक्षण प्रवेशपूर्व परीक्षा : (i) राखीव जागांची तरतूद नसती तर दलित, आदिवासी, भटके/विमुक्त व 'इतर मागासवर्गीय' या गटांमधून डॉक्टर झालेल्यांपैकी किती जणांना डॉक्टर होता आले असते ?

वैद्यकीय अभ्यासक्रमासाठीच्या प्रवेशपरीक्षेतील गुणांची टक्केवारी पाहता दलित, आदिवासी व भटके/विमुक्त गटामधील डॉक्टरांपैकी ५८% ना प्रथमश्रेणीचे गुण मिळाले होते असे आढळले. सत्तर टक्क्यांहून जास्त गुण मिळविणाऱ्यांचे प्रमाण १/३ हून अधिक आहे. ४०% गुण मिळालेल्या एकाचा अपवाद सोडल्यास, इतर सर्वांना द्वितीय श्रेणी मिळालेली होती. 'इतर मागासवर्गीयां'मध्ये फक्त एकास तृतीय श्रेणीचे गुण होते. बाकी सर्वांना प्रथमश्रेणी, त्यांतही बहुसंख्यांना (३३ पैकी २७) सत्तर टक्क्यांहून अधिक गुण आहेत. खुल्या स्पर्धेतून आलेल्यांमध्येही सत्तर टक्क्यांहून अधिक गुण मिळालेल्यांचे प्रमाण तेवढेच (८०%) आहे.

१७/१८ टक्के दलित, आदिवासी, भटके/विमुक्त यांना खुल्या स्पर्धेतही प्रवेश मिळू शकत होता ही गोष्ट ध्यानात घेण्याजोगी आहे. पण याच नाण्याची दुसरी बाजू अशी की, राखीव जागांची तरतूद नसती तर या गटांमधील एकूण ४० पैकी ३३ जण डॉक्टर होऊ शकले नसते. 'इतर मागासवर्गीय' या गटाबाबतची परिस्थिती मात्र अगदी वेगळी आहे. या गटातील ३४ जणांपैकी केवळ ३ जणांना, राखीव जागा नसत्या तर, डॉक्टर होता आले नसते.*

शैक्षणिक-सामाजिक मागासलेपणाचाच एक भाग असा की, मुलाला/मुलीला डॉक्टर वा इंजिनिअर करावयाचे असे पालकांचे क्वचितच ठरलेले असते. मुलगा/मुलगी किती शिकणार याची कल्पना नसते, त्याचप्रमाणे शिक्षणाचे कोणतेच नियोजन नसते. शिक्षण होणे हा अपघात, योगायोग असतो. तर काही थोडचा पालकांची 'जितका पोरगा शिकेल तितके शिकविण्याची' जिद्द असते. ही गोष्ट लक्षात घेऊन, वैद्यक अभ्यासक्रम घ्यावा असे कधी मनात आले, कोणी सुचविले वा प्रोत्साहन दिले, हा अभ्यासक्रम घेता यावा म्हणून विशेष अभ्यास प्रयत्नपूर्वक केला होता का, असे प्रश्न विचारले होते.

सर्वच गटांमधील डॉक्टरांनी दिलेल्या उत्तरांवरून वैद्यक अभ्यासक्रम घ्यावा असे बहुसंख्य विद्यार्थ्यांच्या स्वतःच्याच मनात येते, पण त्याची पार्श्वभूमी व कारणे खुल्या स्पर्धेच्या गटात व अन्य गटांत वेगवेगळी आहेत असे म्हणता येईल. बहुसंख्य दलित / मागासवर्गीय कुटुंबांमध्ये, विद्यार्थ्याने स्वतः आकांक्षा बाळगली नाही तर त्याचे उच्च शिक्षण होईलच याची खात्री नसते; शिक्षणाच्या बाबतीत त्यालाच स्वतःकडे कर्तेपण घ्यावे लागते. खुल्या स्पर्धेतल्या विद्यार्थ्यांचे आईवडील निर्णय करण्यास समर्थ असतात पण त्यांच्यावर वेळ येत नाही. दलित/मागासवर्गीय कुटुंबातील विद्यार्थ्यांचे आई-वडील निर्णय करण्याच्या परिस्थितीत पुष्कळदा असत नाहीत, निर्णय करण्यास आवश्यक ती माहितीही त्यांच्यापाशी नसते. कुटुंब जितके शैक्षणिक-सामाजिक

* ही टक्केवारी प्रस्तुत प्रश्नावली नमुना-गटाच्या संदर्भातली आहे. मोठ्या नमुना-गटामध्ये (५८८ च्या) खुल्या स्पर्धेमधूनही प्रवेश मिळाला असता अशांचे प्रमाण यापेक्षा कमी आढळण्याची शक्यता आहे.

दृष्टया मागास, तेवढी ही जबाबदारी मुलावर येऊन पडण्याची शक्यता जास्त.

तळागाळातील, बिगर-पांढरपेशा कनिष्ठ पारंपरिक वा नव्या व्यवसायपेशांमधील, गरीब घरातील विद्यार्थ्यांच्या बाबतीत साधारणपणे चार टप्प्यांमध्ये ही प्रक्रिया घडते. मुलगा (क्वचित मुलगी) शाळेत टिकून राहणे, त्याला शाळेची गोडी लागणे व तो 'चमकणे' हा पहिला टप्पा. प्राथमिक शिक्षणाचा टप्पा विद्यार्थी चांगल्या गुणांनी पसार झाला तर मुलीचे/मुलीचे शिक्षण चालू ठेवावे असे वातावरण कुटुंबात व गोतावळ्यात तयार होते. यात पुष्कळदा शिक्षक, समाजातील मान्यवर यांच्या प्रोत्साहनाचा मदतीचा हात बराच असतो. एस. एस. सी. पर्यंतचे शिक्षण हा दुसरा टप्पा. माध्यमिक शाळेत जर विद्यार्थी चमकला, वर्गात त्याची हुशार विद्यार्थ्यांत गणना होऊ लागली तर मग शिक्षकांकडून प्रोत्साहन मिळू लागते. पुढे त्याला कोणत्या संधी उपलब्ध आहेत याची माहिती त्याच्यापर्यंत याच टप्प्यावर प्रथमतः पोचते. ४१-४२% विद्यार्थ्यांच्या मनात वैद्यक शाखेकडे जाण्याचे या टप्प्यावर मनात प्रथम आले या गोष्टीचा खुलासा येथे होतो. महाविद्यालयात आल्यावर, पुष्कळदा, आपल्या जातिजमातीपैकी कोणीकोणी मेडिकलला गेल्याचे ऐकावयास मिळते, उदाहरणे डोळ्यासमोर असतात. आकांक्षा अधिक निश्चित रूप घेते, तिला टोक प्राप्त होते. तर, वैद्यकपूर्व परीक्षेचा निकाल लागल्यानंतरच, आपल्याला प्रवेश मिळेल असे लक्षात आल्यावर अर्ज करण्याचे ठरविले असे उत्तर देणारे जवळपास २४-२५% विद्यार्थी आढळतात. महाविद्यालयाची दोन वर्षे, व परीक्षेनंतर असे पुढचे दोन टप्पे म्हणता येतील.

ii) **वैद्यकीय अभ्यासक्रमाचे अवघडपण :** वैद्यक अभ्यासक्रम बराच अवघड गेल्याचे शंभर जणांपैकी नऊ जणांनी नमूद केले आहे. त्यांपैकी ४ दलित-आदिवासी-भटके/विमुक्त, ३ 'इतर मागासवर्गीय' व २ खुल्या स्पर्धेतले आहेत. खुल्या स्पर्धेतल्या दोघांचा पण हा प्रतिसाद यावा ही गोष्ट अनपेक्षित होती. प्रश्नावली नमुना-गटामधील 'राखीव' डॉक्टरांपैकी एकूण ५९ जणांच्या परीक्षांमधील कामगिरीची माहिती उपलब्ध होती. जास्त खेपा लागणे हा निकष मानला तर या ५९ पैकी १० जणांना अभ्यासक्रम अवघड गेला होता

...६

असे म्हणता येते (दलित २२ पैकी ५; आदिवासी ३ पैकी १, भटके/विमुक्त ६ पैकी १ व 'इतर मागासवर्गीय' २८ पैकी ३). व्यवसायात स्थैर्य व यश प्राप्त झालेले असताना शिकत असताना अभ्यासक्रम अवघड गेल्याची कबुली देणे कठीण गेले असल्यास ती गोष्ट समजण्यासारखी आहे.

परीक्षांमधील कामगिरीवरून जे चित्र समोर येते त्यानुसार 'इतर मागासवर्गीय' व खुली स्पर्धा या गटांच्या तुलनेत दलित-आदिवासी-भटके/विमुक्त या गटामधील बऱ्याच अधिक विद्यार्थ्यांना एकंदरीने वैद्यक अभ्यासक्रम अवघड जातो ही गोष्ट दिसून येते. परीक्षेचे थिअरी, प्रॅक्टिकल व तोंडी असे जे तीन भाग असतात त्यांपैकी कोणता अवघड गेला असा प्रश्न या संदर्भात विचारला होता. ज्यांनी उत्तर दिले त्यांच्यापैकी बहुसंख्यांना तोंडी परीक्षा अवघड गेली (दलित-आदिवासी-भटके/विमुक्त– ७४.३%, 'इतर मागासवर्गीय'– ६९.२%, खुली स्पर्धा– ५० %). प्रॅक्टिकलची परीक्षा अवघड गेली असे फार कोणी लिहिले नाही. थिअरी परीक्षा अवघड गेली असे म्हणणाऱ्यांत खुल्या स्पर्धेतल्या डॉक्टरांचे प्रमाण जास्त होते. ही उत्तरे उद्बोधक आहेत. द / मा डॉक्टरांना सापेक्षतः तोंडी परीक्षा अवघड वाटते तर खुल्या स्पर्धेतल्या डॉक्टरांना थिअरी. याचा अर्थ, थिअरीच्या बाबतीत द / मा हे खुल्या स्पर्धेतल्यांपेक्षा वरचढ आहेत असा होत नाही. जो तो डॉक्टर स्वतःपुरती तुलना करीत आहे ही गोष्ट ध्यानात ठेवली पाहिजे. तोंडी परीक्षेत इंग्रजी भाषेत बोलण्याचा, परीक्षकांना तोंड देण्याचा प्रश्न असतो, आणि या दोन्ही गोष्टी शैक्षणिक, सामाजिक व सांस्कृतिक दृष्टया मागास असणाऱ्या दलित/मागासवर्गीयांना तुलनेत सर्वांत अवघड जातात, असा याचा अर्थ. खुल्या स्पर्धेतल्यांना तुलनेने या गोष्टींचे दडपण वाटत नाही.

कोणत्या कारणांमुळे वैद्यकीय अभ्यासक्रम अवघड जातो या प्रश्नाला दिलेली उत्तरे, परिस्थितीचे वस्तुनिष्ठ दर्शन घडविण्यापेक्षा, ती परिस्थिती स्वतःच्या नजरेमधून व अनुभूतीमधून व्यक्तींना कशी दिसली/जाणवली त्याचे आत्मनिष्ठ दर्शन घडवितात, असे म्हणणे योग्य ठरेल. अभ्यासक्रम अवघड जाण्याची जी वेगवेगळी संभाव्य कारणे दिली होती त्यांपैकी 'पुरेशी मेहनत न घेणाऱ्यांना हा अभ्यासक्रम अवघड जातो', हे सर्वाधिक होकार प्राप्त करणारे स्पष्टीकरण आहे. त्यातही विशेष

म्हणजे दलित / आदिवासी / भटक्या-विमुक्तांमध्येही हे कारण देणाऱ्यांचे प्रमाण ७७.५% आहे. त्या खालोखाल सर्व राखीव गटांमधील डॉक्टरांनी दिलेले कारण 'महाविद्यालयातील वातावरण अपरिचित व दडपून टाकणारे असते', हे होय. राखीव जागांमधून भरती होणारे बहुसंख्य विद्यार्थी ग्रामीण, वा निमशहरी भागांमधून येतात, त्यांची एवढ्या मोठ्या शहरात येण्याची ही पहिलीच वेळ असते. बिचकवून टाकणाऱ्या नवख्या वातावरणाशी जुळवून घेण्याच्या ताणाखाली असतानाच सर्वस्वी वेगळ्याच स्वरूपाचा अभ्यासक्रम पचविण्याचे आव्हान पेलणे अवघड जाते. या दृष्टीने हे कारण त्यांनी द्यावे ही गोष्ट समजण्यासारखी आहे. खुल्या स्पर्धेतल्या डॉक्टरांनी जी कारणे दिली त्यांत 'वैद्यकीय अभ्यासक्रमच अवघड आहे' हे दुसऱ्या क्रमांकावार असलेले कारण आहे. खुल्या स्पर्धेतल्या ३४.६% जणांनी या कारणास होकारार्थी खूण केली तर 'इतर मागासवर्गीयां'मध्ये ते २६.५% व दलित-अदिवासी-भटक्या/विमुक्तांमध्ये ते १७.५% इतके कमी आहे. येथेही, दलित/मागासवर्गीयांपेक्षा खुल्या स्पर्धेतल्या डॉक्टरांना वैद्यक अभ्यासक्रम अवघड जातो असा निष्कर्ष काढणे अवास्तव होईल. अभ्यासक्रम अवघड जाण्याच्या कारणांमध्येया कारणाचा क्रमांक वेगवेगळ्या गटांमध्ये वेगळा येतो, ही गोष्ट आपणास त्या त्या गटांबद्दल अर्थपूर्ण असे काही सांगते. इंग्रजी हे शिकविण्याचे माध्यम असते. सर्व पुस्तके, तीही जाडजूड, इंग्रजीमधून असतात. अभ्यासक्रम अवघड जायचे भाषा हे एक कारण आहे असे दलित-आदिवासी-भटक्या/विमुक्तांमधील ३०%, 'इतर मागासवर्गीयां'मधील १७.८ %, तर खुल्या स्पर्धेतील १९.० % डॉक्टरांनी म्हटलेले आहे. 'इतर मागासवर्गीयां'पेक्षा जास्त प्रमाणात खुल्या स्पर्धेतल्या डॉक्टरांनी भाषेमुळे अभ्यासक्रम अवघड जातो असे म्हणावे ही गोष्ट अनपेक्षित आहे.

दलित / मागासवर्गीय डॉक्टरांच्या दृष्टीने वैद्यक अभ्यासक्रमाचा अवघडपणा हा एक नाजूक मुद्दा ठरतो. 'या मंडळींना वैद्यक अभ्यासक्रम झेपत नाही' असा त्यांच्याबद्दलचा सवर्ण उच्चवर्णीयांचा निवाडा त्यांच्या कानावर असतो. बुद्धीला न झेपण्यासारखे या अभ्यासक्रमात काही फारसे अवघड नसते, अवघड जात असला तर त्याची कारणे वेगळीच असतात, असा खुलासा देण्याकडे त्यांचा कल होणे स्वाभाविक आहे. खुल्या स्पर्धेतल्या डॉक्टरांना उत्तर देताना या प्रकारचे कोणते दडपण नसल्याने अभ्यासक्रमच अवघड असतो, भाषा हे अभ्यासक्रम अवघड जाण्याचे एक कारण असते, असे ते अधिक मोकळेपणाने म्हणतात हे शक्य आहे.

या मुद्द्याच्या खुलाशात प्रश्नावलीत दिलेल्या कारणांव्यतिरिक्त इतरही कारणे डॉक्टरांनी नोंदविली होती. खुल्या स्पर्धेतील डॉक्टरांनी परीक्षापद्धती व प्राध्यापकांचे शिकविणे यावद्दल मुख्यत्वेकरून प्रतिक्रिया व्यक्त केल्या आहेत. तोंडी परीक्षा व तिचे परीक्षा पास होण्याच्या दृष्टीने असलेले महत्त्व या दोन्ही गोष्टी नव्या असल्याने त्यांचा मनावर मोठा ताण असतो असे अनेकांनी म्हटले आहे. प्राध्यापक जीव ओतून शिकवीत नाहीत, त्यांचे शिकविणे निर्जीव व रटाळ असते, पद्धती चुकीची असते; या सगळ्यामुळे अभ्यासक्रम (निष्कारण) अधिक अवघड बनतो असेही अनेकांनी सुचविले आहे. 'इतर मागासवर्गीय' डॉक्टरांनीही परीक्षा व प्राध्यापकांचे शिकविणे यांबद्दल अधिककरून प्रतिक्रिया व्यक्त केल्या आहेत. पण त्यांच्या प्रतिक्रियांचा रोख वेगळा आहे. तोंडी परीक्षेत वशिलेबाजी व पुढे पुढे करणाऱ्यांना वाव मिळतो, तोंडी परीक्षा ही परीक्षकांच्या मूडवर अवलंबून असते, ठरावीक (जातींच्या ?) विद्यार्थ्यांवर प्राध्यापकांची मेहेरनजर असते, गरीब मुले दुर्लक्षिली जातात अशा प्रकारचे अभिप्राय त्यांनी व्यक्त केले आहेत. वास्तविक अभ्यासक्रम अवघड जात नाही, पण वरील प्रकारच्या अडथळ्यांमुळे तो अवघड ठरतो असे सुचविणारे हे अभिप्राय आहेत. 'इतर मागासवर्गीयां'मधील थोड्या जणांनी विद्यार्थ्यांच्या आर्थिक व कौटुंबिक अडचणींचा तसेच ग्रामीण भागामधून येण्याचा आणि अभ्यासक्रम अवघड जाण्याच्या संदर्भात उल्लेख केला आहे. दलित-अदिवासी-भटक्या/विमुक्त गटांतील बऱ्याच डॉक्टरांनी या अडचणी नोंदविल्या आहेत. आर्थिक विवंचनेमुळे अभ्यासात मन न लागणे, पुण्याच्या/शहरी मुलांच्या तुलनेत सर्वच दृष्टीने कमी असल्याची न्यूनगंडाची भावना मनात घर करते व त्यामुळे मन उदास/निराश असणे, अशा प्रकारची कारणे बऱ्याच जणांनी दिली आहेत. प्रत्येक विद्यार्थ्याची गरज लक्षात घेऊन पुरेसे मार्गदर्शन केले जात नाही, हे कारणही दिले गेले. तोंडी परीक्षेत परीक्षकांच्या जातीय वृत्तीचा येणारा अनुभव, प्राध्यापकांची जातीय/पक्षपाती

वागणूक ह्यामुळेही अभ्यासक्रम अवघड जातो अशी कारणमीमांसाही केली गेली आहे.

दलित/मागासवर्गीयांच्या अभिप्रायांचा सारासार विचार करता आपणास असे म्हणता येते की, एरवीच वेगळ्या स्वरूपामुळे सर्वांनाच काहीसा अवघड जाणारा वैद्यक अभ्यासक्रम, अशैक्षणिक स्वरूपाच्या अनेकविध कारणांमुळे दलित/मागासवर्गीयांना आणि विशेषतः त्यांच्यामधील ग्रामीण भागातून व आर्थिक ओढगस्तीच्या परिस्थितीतून येणाऱ्या विद्यार्थ्यांना, अधिकच अवघड ठरतो. त्यात प्राध्यापकांच्या शिकविण्याच्या पद्धती, त्यांचा दुरावा, विद्यार्थ्यांविषयीची अनास्था व काही प्राध्यापकांच्या वागण्या-बोलण्यातून प्रकट होणारा तुच्छ भाव यांमुळे वैद्यक अभ्यासक्रम पूर्ण करण्यात बरेच अडथळे आहेत अशी भावना अनेक विद्यार्थ्यांची होत असली पाहिजे.

iii) **राखीव जागांवरूनचे वाद व युक्तिवाद** : राखीव जागांवरून होणारे वाद फार गंभीरपणे व खोलात जाऊन होत नसावेत असे आमचे प्रश्नावलींच्या अभ्यासावरून सर्वसाधारण मत बनले. प्रत्येक गटातील विद्यार्थी ठरावीक, साचेबंद (stock or stereotype) युक्तिवाद करीत असावेत अशी छाप उमटते. त्याच वेळी, प्रश्नावली व मुलाखती या दोन्हींच्या संदर्भात आम्हाला असेही अनुभवाला आले की या प्रश्नावरून समाजातील विभिन्न जातिजमातींमध्ये शिष्टमान्य व प्रचलित असलेले ठरावीक सांचेबंद युक्तिवाद तरुणांकडून ग्रहण केले जातात व ते थेट विद्यार्थिदशेपासून उत्तर आयुष्यापर्यंत वादप्रसंगी वापरले जातात. हे ठरावीक साचेबंद युक्तिवाद विभिन्न जातगटांचे कोणते असत याबद्दलच्या वेगवेगळ्या गटांमधून येणाऱ्या डॉक्टरांच्या अभिप्रायांमध्ये उल्लेखनीय एकमत आढळून आले. युक्तिवाद कोणते केले जात याचे, अशा रीतीने, एक वस्तुनिष्ठ चित्र समोर येते असे म्हणता येईल. युक्तिवाद तसे परिचित आहेत. परंतु ते येथे नमूद करणे उपयोगाचे होईल असे वाटते.

(१) खुल्या स्पर्धेतल्या विद्यार्थ्यांचे युक्तिवाद :

- ※ वैद्यकीय शिक्षण केवळ गुणवत्तेवरच असावे. राष्ट्राच्या उत्थानासाठी ही गोष्ट आवश्यक आहे. कारण वैद्यकीय अभ्यासक्रम केवळ हुशार मुलांनाच पेलवणारा असतो. एरवी कमी बुद्धीचे आणि कमी दर्जाचे डॉक्टर निर्माण होतील.
- ※ राखीव जागांमुळे हुशार मुलांची संधी डावलली जाते. त्यांच्यावर अन्याय होतो.
- ※ मागील पिढ्यांनी केलेली पापे आणि अत्याचार आमच्या माथी का मारता? यामुळे अप्रत्यक्ष रीत्या आम्हीच राखीव होत चाललो.
- ※ पुरेसा कालावधी राखीव जागांचा लाभ दिला गेला आहे. तेव्हा आता राखीव जागा बंद कराव्यात. दलितांमध्ये बरीच सुधारणा झाली आहे.
- ※ खुल्या स्पर्धेच्या गटातही गरीब घरांमधून, प्रतिकूल परिस्थितीशी झगडा करून वर येण्यासाठी धडपडणारी मुलेमुली असतात. जातजमात हा निकष न ठेवता आर्थिक निकष ठेवावा.

(२) याउलट, दलित-आदिवासी-भटके/विमुक्त विद्यार्थी राखीव जागासमर्थनार्थ करीत असलेले युक्तिवाद असे :

- ※ राज्यघटनेने आम्हाला या जागा दिल्यात. या आमच्या हक्काच्या जागा आहेत.
- ※ तुम्ही आमच्यावर उपकार करीत नाही. हजारो वर्षे आम्ही त्रास भोगला आहे. तेव्हा तितकी वर्षे यापुढे आम्ही वसूल करणार.
- ※ वर्षानुवर्षे सामाजिक परिस्थितीमुळे आर्थिक दुबळेपण व त्या अनुषंगाने गरिबी. अपुऱ्या सोयी आणि विरोधी सामाजिक वातावरण. त्याचा अपरिहार्य परिणाम गुणवत्तेवर. म्हणून (राखीव जागांद्वारे) त्यांना संधी दिली गेली पाहिजे. राखीव जागा नसल्या तर या समाजातून डॉक्टर होणे अशक्य आहे.
- ※ कॅपिटेशन फी घेणाऱ्या कॉलेजमध्येही गुणवत्ता खालावते. प्रथम कॅपिटेशन पद्धत बंद करा.
- ※ प्रवेशासाठी राखीव जागा आहेत. नंतर पुढे पास होण्यासाठी नाहीत.
- ※ प्रतिकूल परिस्थितीत आर्थिक विवंचनेशी तसेच कौटुंबिक अडचणींशी मुकाबला करीत असतानाही इथपर्यंत आम्ही येतो. याचा अर्थ आम्हीच वास्तविक अधिक कष्टाळू व हुषार आहोत.

दलित विद्यार्थ्यांकडून जे युक्तिवाद (दलितांच्या म्हणण्यानुसारच) केले जातात त्यांत 'आजवर केलेल्या पिळवणुकीचे प्रायश्चित्त', 'तुम्हीदेखील तेवढी वर्षे (त्रास) काढला पाहिजे' असे शब्दप्रयोग येतात. खुल्या

अनुक्रमणिका

स्पर्धेतल्या विद्यार्थ्यांच्या तोंडातील 'सरकारचे जावई', 'मागच्या दाराने आलेले' या हेटाळणीच्या सुरातील शब्दप्रयोगांतल्या अधिक्षेपाला त्याच प्रकारातले उत्तर असे वरील शब्दप्रयोगांचे रूप आहे.

(३) 'इतर मागासवर्गीयां'कडून केल्या जाणाऱ्या युक्तिवादांना एक विशेष पार्श्वभूमी आहे. उच्चवर्णीय सवर्ण व हीन गणले गेलेले दलित-आदिवासी-भटके/विमुक्त यांच्यामध्ये त्यांचे स्थान आहे. ते स्वतःला सवर्ण समजतात (ते तसे आहेतच) आणि इतर राखीव विद्यार्थ्यांपासून लांब राहतात; म्हणजेच राखीव जागांचा लाभ घेतला असला तरी समर्थनार्थ युक्तिवाद करीत नाहीत. काही जण युक्तिवाद करीत नाहीत पण दलितांइतक्या जागा 'इतर मागासवर्गीयां'साठी ठेवण्याची मागणी तेवढी करतात. काही सरळ सरळ दलित-आदिवासी-भटके/विमुक्त यांना डोळ्यांसमोर ठेवून राखीव जागांना विरोधच करतात. 'इतर मागासवर्गीय' डॉक्टरांनीही खुल्या स्पर्धेतल्यांचे, इतर राखीव गटांमधील, विशेषतः दलित, विद्यार्थ्यांचे युक्तिवाद दिले आहेत. पण स्वतःच्या गटामधील विद्यार्थ्यांचे म्हणून युक्तिवाद कोणतेच दिले नाहीत. त्यांच्या प्रतिक्रियांचा रोख असा आहे की, राखीव जागांचा त्यांना काही फायदा नाही. या गटात फार जातींचा (एकाच्या मते जवळपास सव्वाशे) समावेश असल्याने दहा टक्के जागा कोठेच पुरवठ्याला पडत नाहीत, असे त्यांचे म्हणणे.

राखीव जागांवरूनचा वाद हा प्रामुख्याने दलितांना डोळ्यांसमोर ठेवून केला जातो, ही गोष्ट स्पष्टपणाने जाणवते. मुलाखती व प्रश्नावली दोन्हींवरून आमचे असेही मत बनले की राखीव जागांचा लाभ घेत असतानाही, एकदा प्रवेश मिळाल्यावर, आपण राखीव जागांमधून प्रवेश घेतलेला आहे यावर पांघरूण घालून, खुल्या स्पर्धेतल्या विद्यार्थ्यांचीच मते व भूमिका अंगिकारण्याकडे, भटके/विमुक्त व इतर मागासवर्गीयांचा कल असतो.

३.५. सुस्थितीतील कुटुंबांचे प्रमाण—तौलनिक अंदाज

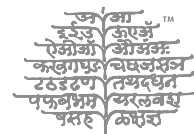
पारंपरिक समाजव्यवस्थेत हीन लेखली जाणारी जात, कनिष्ठ व्यवसाय आणि निकृष्ट आर्थिक स्थिती यांची सांगड व कार्यकारणसंबंध ध्यानात घेऊन जातिजमातींच्या निकषावर जागा राखून ठेवल्या गेल्या. आज मात्र राखीव जागांचा लाभ पांढरपेशा व्यवसायांमधील सुस्थितीतील कुटुंबांमधील विद्यार्थीच घेतात अशी धारणा सार्वत्रिक आढळते. या बाबतीतल्या स्थितीचे चित्र त्यांच्या विद्यार्थिदशेत डॉक्टरांना कसे दिसत होते ते स्पष्ट करून घेण्याच्या दृष्टीने प्रश्न विचारला होता. 'नोकरदार, पांढरपेशा व्यावसायिक' हा शब्दप्रयोग काहीसा संदिग्ध आहे. पण अशा संदिग्ध कसोटीच्या आधारेच विद्यार्थी बाह्यांगी पडणारी छाप व ऐकीव माहिती यांच्या आधारे निवाडे करीत असतात हे लक्षात ठेवले पाहिजे.

एक राखीव गट घेतला तर, स्वतः त्या गटातून येणाऱ्या विद्यार्थ्यांचे मत आणि इतर गटांमधील विद्यार्थ्यांचा त्या गटाबद्दलचा अंदाज यात प्रश्नावलींच्या आधारे तुलना करता येणार होती. तसेच, भासते त्यापेक्षा वास्तवात परिस्थिती पुष्कळ वेगळी असते, हे खरे असले तरी, मानसिकदृष्टया, जे भासते ते प्रभावी असते. कोणते मत वेगवेगळ्या गटांतील डॉक्टर, आजही मागे वळून बघितल्यावर, बाळगतात ते जाणून घेता येणार होते.

पुढारलेल्या सुस्थितीतल्या कुटुंबांमधून अधिकांश दलित विद्यार्थी येतात असा अंदाज व्यक्त करणाऱ्या डॉक्टरांचे प्रमाण इतर सर्व गटांमध्ये सापेक्षतः जास्त आढळावे यात नवल नाही. खुद्द दलित डॉक्टरांपैकी ४६.४% ना तसे वाटते ही गोष्ट महत्त्वाची आहे. 'इतर मागासवर्गीयां'मधील जवळपास तीनचतुर्थांश डॉक्टरांना तसे वाटते हे विशेष अर्थपूर्ण आहे. स्वतः राखीव जागा लाभधारक असूनही, दलितांसाठी राखीव जागा आहेत याविषयी यांच्या ठायी रोष आढळतो. राखीव जागा बंद कराव्यात असे त्यांचे आग्रही मतही आढळते. या साऱ्या गोष्टींचा परस्परसंबंध आहे असे म्हणता येते.

पुढारलेल्या सुस्थितीतल्या कुटुंबांमधूनच बहुसंख्य आदिवासी वा भटके/विमुक्त विद्यार्थी येतात असे वाटणाऱ्यांचे प्रमाण जातगटवार कमीअधिक असले तरी, उत्तर देणाऱ्या डॉक्टरांपैकी बहुसंख्यांच्या मते मागास व सामान्य स्थितीतली मुले-मुलीच अधिक करून येत.

'इतर मागासवर्गीय' या गटाच्या बाबतीत खुद्द त्याच गटामधून येणाऱ्या डॉक्टरांपैकीही बहुतेकांचे मत चांगल्या घरांतूनच बहुसंख्य 'इतर मागासवर्गीय' मुले-मुली येत असे असावे ही महत्त्वाची गोष्ट. इतर





अनुक्रमणिका

'बहुसंख्य/बरीच मुलेमुली पांढरपेशा नोकरदार व्यावसायिक कुटुंबांमधून येतात' असे मत व्यक्त करणाऱ्यांचे जातगटवार प्रमाण (टक्केवारी)

गट→ / मत व्यक्त करणारा गट ↓	दलित	आदिवासी	भटके/विमुक्त	इतर मागासवर्गीय
दलित	४६.४	४२.३	४४	८८.९
आदिवासी	१००.०	६६.६	१००.०	१००.०
भटके/विमुक्त	५७.१	२८.६	४२.९	८५.७
इतर मागासवर्गीय	७३.३	५३.६	४८.१	७१.९
खुल्या स्पर्धेचा	५९.१	३८.१	३९.१	८६.४

सर्व गटांमध्ये जास्तच प्रमाणात डॉक्टरांचे मत तसे पडते.

कोणत्या गटामधले किती विद्यार्थी पांढरपेशा नोकर-व्यावसायिकांच्या घरांमधून येतात याविषयीचे डॉक्टरांचे अंदाज हे 'इंप्रेशन'च्या स्वरूपाचे असले तरी ते पूर्णतया पूर्वग्रहदूषित वा अवास्तव नाहीत. स्वतःच्या गटातल्यांचे व इतर गटांमधल्यांचे, असे दोन्ही अंदाज एकत्रितपणे विचारात घेता सर्वसाधारण निष्कर्ष पुढील-प्रमाणे काढता येतो. राखीव गटांमध्ये मागास व सामान्य परिस्थितीमधून येणाऱ्या विद्यार्थ्यांच्या टक्केवारीवरून क्रम लावायचा झाला तर, अभ्यासाच्या काळात, आदिवासी, भटके/विमुक्त, दलित व 'इतर मागासवर्गीय' असा लागेल. हा क्रम वस्तुनिष्ठ तपासणीतही बरोबर ठरण्याची शक्यता बरीच आहे. दुसरी गोष्ट, अगदी तळागाळातल्या कुटुंबांमधील मुले-मुली एका पिढीच्या अवधीत उच्च तांत्रिक शिक्षण घेण्या-पर्यंत पोचणे ही गोष्ट अपवादभूतच होय. कोणत्याही राखीव जातगटाच्या संदर्भात अगदी मागास व दरिद्री अवस्थेतील कुटुंबांमधून येणाऱ्या मुलांचाच आढळ व्हावा ही अपेक्षाच बरीचशी अवास्तव आहे, हे ध्यानात घ्यायला हवे. उच्च तांत्रिक अभ्यासक्रमांमध्ये राखीव म्हणून प्रवेश घेणाऱ्या विद्यार्थ्यांपैकी बऱ्याच जणांची घरची परिस्थिती किमान पातळीवर 'सुस्थितीतली' असणेच स्वाभाविक आहे.

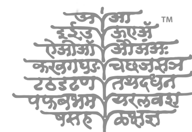
३.६. वैद्यकीय व्यवसाय

i) **स्वतंत्र प्रॅक्टिस की नोकरी :** दलित/मागास-वर्गीय डॉक्टर स्वतंत्र प्रॅक्टिसकडे न वळता नोकरी करणे पसंत करतात असे म्हटले जाते, हे खरे का असा प्रश्न विचारला होता. या प्रश्नातल्या 'पसंत' या शब्दाला काही डॉक्टरांनी आक्षेप घेतला. नोकरी करणे कोणीच पसंत करीत नाही, नोकरी करणे अनिच्छेने पत्करावे लागते, अशी मार्मिक टीकाटिप्पणी केली गेली. या प्रतिक्रियेने एक महत्त्वाची गोष्ट स्पष्ट होते एम. बी. बी. एस. होणाऱ्या सामान्यतः प्रत्येक डॉक्टरची पसंती खासगी प्रॅक्टिसला असते. तीबरोबर येणारी प्रतिष्ठा व पैसा दरेकाला हवा असतो.

असे असले तरी, व्यवहारात, राखीव गटांमधील बहुसंख्य डॉक्टर नोकरीकडे वळताना आढळतात असे त्या त्या जातगटामधील डॉक्टरांचे स्वतःच्या गटासंबंधी व इतर गटांचे त्यांच्याविषयी मत असल्याचे सामान्यतः आढळते. याला काही प्रमाणात अपवाद आहे तो 'इतर मागासवर्गीयां'चा.

नोकरी का करावी लागते या प्रश्नाला उत्तर देताना दोन-तीन रास्त अभिप्राय काही डॉक्टरांनी व्यक्त केले आहेत. सरसकट सबंध जातगटाला उद्देशून 'नोकरी करणे पसंत करतात' असे विधान करणे त्यांना गैर वाटते. त्यांच्या मते जातीचे सभासदत्व व नोकरी की स्वतंत्र प्रॅक्टिस यांमधून निवड या दोन गोष्टींचा संबंध नसतो. स्वतःच्या ज्ञान-कौशल्याविषयी आत्मविश्वास, हिंमत वा जिद्द यांसारखे काही वैयक्तिक घटक, तर कौटुंबिक जबाबदाऱ्या, परि-स्थितीतली अनुकूलता/प्रतिकूलता, काही योगायोग अशांचा तो परिपाक असतो. दुसरा मुद्दा असा की, स्वतंत्र प्रॅक्टिस की नोकरी असा, एकदाचा सोक्षमोक्ष लावण्यासारखा हा निर्णय नसतो. सुरुवातीस नोकरी करणारे पण, भांडवल जमविणे, अनुभव गाठीशी बांधणे, आत्मविश्वास उत्पन्न करणे आणि प्रॅक्टिससाठी गावाची निवड करणे यांसाठी नोकरीचा उपयोग करून घेऊन मग पुष्कळ जण स्वतंत्र प्रॅक्टिसकडे वळतात.

वरील दोन्ही मुद्द्यांमध्ये तथ्य आहे आणि तरीही एकेका जातजमातीची सामाजिक-आर्थिक स्थिती व





पार्श्वभूमी सारखी असण्यामुळे त्या जातिजमातीतल्यांचे निर्णय एकसारखे होताना व्यवहारात आढळतात.

प्रश्नावली नमुना-गटातील एकूण ४० दलित-आदिवासी-भटक्या/विमुक्तांपैकी १८ जण पूर्णतया स्वतंत्र प्रॅक्टिस करणारे व आणखी चौघेजण नोकरी व प्रॅक्टिस दोन्ही करणारे आहेत. (कोष्टक क्र. ३.२) नमुना-गटात आढळणारे प्रमाण (६२%) बाहेर एकंदर डॉक्टरसमुदायात आढळेल असे सांगता येत नाही. पण राखीव जागांना विरोध करताना द/मा केवळ सरकारी नोकऱ्यांमध्येच आढळतात असा समज बाळगणारे व पसरविणारे सरळ सरळ चूक आहेत एवढे तर नक्कीच. 'इतर मागासवर्गीयां' मध्ये प्रॅक्टिस करणाऱ्यांचे प्रमाण जास्त (६७.७४ %) आहे. खुल्या स्पर्धेतल्यांमध्ये हे प्रमाण ८४.६ % इतके आहे.

स्वतंत्र प्रॅक्टिस करण्यामागची कारणे अनेक असावीत ही गोष्ट स्वाभाविक आहे. 'बहुतेक दलित-आदिवासी-भटक्या/विमुक्त डॉक्टरांना नोकरी पत्करावी' लागते अशी वस्तुस्थिती असल्याचे मान्य असलेल्यांपैकी काही जण जेव्हा पदवी घेतल्याघेतल्या स्वतंत्र प्रॅक्टिसकडे वळताना आढळतात तेव्हा, इतरांवर येणारे दडपण व बंधन त्यांच्यावर तेवढ्या प्रमाणात नव्हते असा तर्क होतो.

प्रॅक्टिस न करणाऱ्या व्यक्तीलाही, स्वतंत्र प्रॅक्टिस-मध्ये जम बसल्यावर आर्थिक प्राप्ती अधिक असते, कर्तृत्वाला वाव अधिक असतो, बॉसिंग सहन करावे लागत नाही, इत्यादी गोष्टी माहीत असतात. पण इतर कारणांचा प्रभाव वा वजन जास्त असल्याने त्याला नोकरी पत्करावी लागते. स्वतंत्र प्रॅक्टिस आपण कोणत्या कारणाने सुरू केली ते सांगत असताना, कोणते कारण दिले असताना आपली प्रतिमा उजळ होईल असा विचार मनात असावा असे उत्तरांवरून वाटते. उत्तरे खोटी नाहीत पण दुय्यम पातळीवरची आहेत असे म्हणणे अधिक योग्य होईल. या पातळी-वरची उत्तरेही वेगवेगळ्या जातगटांची प्रामुख्याने वेगळी असावीत ही अर्थपूर्ण गोष्ट आहे. दलित, आदिवासी, भटके/विमुक्त यांच्या उत्तरांचा एकत्रित विचार केला तर, स्वतंत्र प्रॅक्टिस करण्याने स्वतःच्या समाजाची सेवा करण्याची संधी मिळते, हे कारण १९ पैकी ७ जणांनी दिले. 'इतर मागासवर्गीय' २१ डॉक्टरांपैकी ११ जणांनी बॉसिंग नको म्हणून स्वतंत्र प्रॅक्टिसचा निर्णय घेतला, असे म्हटले. प्रॅक्टिस करण्या-मागे चांगला पैसा मिळविण्याचा उद्देश सर्वांचाच असतो. पण एका पातळीवर दलित-आदिवासी-भटके/विमुक्त यांच्या मनात त्यांच्यात्यांच्या समाजाची सेवा करण्याचा विचार जरूर असतो आणि त्याचा संबंध ते ज्या परिस्थितीतून येतात तिच्याशी असतो. तीच गोष्ट इतर मागासवर्गीयांची. उच्चवर्णीयांच्या, विशेषतः ब्राह्मणांच्या अहंमन्य वर्चस्वाखाली आपला अधिक्षेप होत आलाय, आपण दडपले गेलो होतो याचे त्यांचे भान तीव्र असावे असे प्रश्नावलींवर लिहिलेल्या अनेकांच्या शेऱ्यांवरून स्पष्ट होत होते. या पार्श्वभूमीवर बॉसिंग नको होते, वृत्ती स्वतंत्र होती, अशी कारणे महत्त्व पावतात. खुल्या स्पर्धेत-ल्यांचा भरही बॉसिंग नको (२३ पैकी १७) या कारणावर आहे. बदललेल्या परिस्थितीत सरकारी नोकरीत दलित/मागासवर्गीय व्यक्ती बॉस म्हणून येण्याची शक्यता आहे, व त्यांची हुकमत नको, असे स्पष्ट कारण दोघांनी सरळ दिले आहे.

स्वतंत्र प्रॅक्टिस सुरू न करता नोकरी पत्करण्याचे सर्वांत महत्वाचे कारण भांडवलाचा अभाव / प्रतिकूल आर्थिक परिस्थिती असे बहुतेक सर्वांनी दिले आहे. अपवाद खुल्या स्पर्धेतल्या डॉक्टरांचा. नमूद करण्या-सारखी गोष्ट अशी की, नोकरीच्या माध्यमातून सर्व-सामान्य गोरगरिबांची सेवा करण्याची व समाज-जागृतीची संधी, ग्रामीण भागात वैद्यकीय सेवा पुरवि-ण्याचा अनुभव, ज्ञानात भर, शिक्षण-संशोधन यांची आवड अशी नोकरी करण्यामागची कारणे त्यांच्यापैकी जास्त जणांनी दिली आहेत. व्यक्तिगत संदर्भात डॉक्टरांनी उत्तरे दिली असल्याने इतरही कारणे दिली आहेतच.

दवाखाना जर खेडेगावात सुरू करायचा असला तर भांडवल फारसे लागत नाही. पण लहानमोठ्या शहरात जर दवाखाना सुरू करावयाचा तर जागा, फर्निचर, सजावट इत्यादी गोष्टींवर काही खर्च करावा लागतो. काही काळ दर महिन्याला पुरेशी निश्चित प्राप्ती होईल अशी खात्री नसते. या काळात घर कसे चालवावयाचे, कर्ज काढले असल्यास हप्ते कसे परत फेडावयाचे याची विवंचना असते. प्रतिकूल परिस्थिती हे स्वतंत्र प्रॅक्टिस सुरू करू न शकणाऱ्या दलित/मागास-वर्गीयांना नोकरी पत्करायला लावणारे खरेच मोठे कारण

आहे. आत्मविश्वास नसण्यामुळे, आणि नोकरी चटकन मिळत असल्याने, नोकरी पत्करण्याकडे कल होतो. आत्मविश्वासाचा अभाव हे मुख्य कारण, पण पुढे करावयाचे कारण भांडवलाचा अभाव, असे काही वेळा असू शकते.

(ii) **दलित/मागासवर्गीय डॉक्टर नोकरी का पत्करतात ?** – नोकरी वा स्वतंत्र व्यवसाय यांमधून तुम्ही कशाची, का निवड केली असा प्रश्न सर्व डॉक्टरांना त्यांच्या वैयक्तिक संदर्भात जसा विचारला होता, तसा एक सर्वसाधारण मुद्दा म्हणूनही, द/मा डॉक्टर नोकरीकडे का वळतात असा प्रश्न विचारला होता.

या सर्वसाधारण प्रश्नाच्या संदर्भात दलित-आदिवासी-भटके/विमुक्त यांच्या प्रतिसादाचा एकत्रित विचार केला तर, 'भांडवलाचा अभाव' हे कारण सर्वात अधिक जणांनी सांगितले आहे. त्याखालोखाल नोकरीतल्या सुरक्षिततेचे व नियमित उत्पन्नाचे आकर्षण या कारणाचा क्रम लागतो. उच्चवर्णीय-वर्गीय रुग्ण येणार नाहीत व तसे झाले तर प्रॅक्टिसमध्ये चांगले उत्पन्न मिळणार नाही असे वाटून नोकरीची निवड केली जाते हे कारण ४० पैकी १७ डॉक्टरांनी द्यावे हे विशेष आहे. तसेच प्रॅक्टिस उभारावयाची म्हणजे धंद्याचे कसब, उद्योजकता आवश्यक असते. या गुणांचा अभाव असतो/जाणवतो व त्यामुळे नोकरीकडे वळतात असे १३ जणांनी सांगावे ही गोष्टही नमूद करण्यासारखी आहे.

'इतर मागासवर्गीय' डॉक्टरांनी जी कारणे दिली आहेत त्यांत उच्चवर्णीय-वर्गीय रुग्णांच्या येण्या–न येण्याचा मुद्दा मागे पडतो. महत्त्वाची बाकी कारणे अन्य राखीव गटांसारखीच राहतात.

खुल्या स्पर्धेतल्या डॉक्टरांना दलित डॉक्टरांनी नोकरी पत्करण्याबाबतची परिस्थिती कशी दिसते ? नोकरीतली सुरक्षितता व नियमित उत्पन्न आणि नोकरी सहजी मिळते (राखीव पद्धतीने) ही दोन कारणे बहुसंख्य डॉक्टरांनी दिली. भांडवलाचा अभाव या कारणाला जरा खालचा म्हणजे तिसरा क्रमांक मिळतो. महत्त्वाकांक्षेचा अभाव, उद्योजकता व धंद्याचे कसब यांचा अभाव आणि ज्ञान पुरेसे दर्जेदार नसते ही कारणे २६ पैकी १०-११ डॉक्टरांनी दिली आहेत.

काही डॉक्टरांनी आपल्या स्वतंत्र प्रतिक्रिया पण नोंदवल्या आहेत. काही प्रसंगी त्या बोलक्या आहेत. त्यांतल्या थोड्या पुढे दिल्या आहेत. प्रतिक्रिया व्यक्त करणाऱ्यांमध्ये कन्सल्टंट्सही आहेत ही गोष्ट ध्यानात ठेवायला हवी.

दलित

१) डॉक्टर होईपर्यंत एवढा खर्च होतो व पालकांचीही अपेक्षा असते लवकर कमवून घरी हातभार लावावा. त्यामुळे बऱ्याचदा नोकरी करणे भाग पडते.

२) बापाची तयार गादी नसते. कारण बापच गरीब व कर्जबाजारी झालेला असतो.

३) प्रॅक्टिसमध्ये सवर्णांचा–पाटील / मारवाडी, इत्यादींचा–ग्रूप असतो. त्यामुळे द / मा डॉक्टरांना आधार देण्याची त्यांची प्रवृत्ती नसते.

४) अजूनही सरंजामशाहीचा जबरदस्त पगडा असलेली सामाजिक स्थिती, एकंदरच समाजाची वागणूक, दृष्टिकोण पाहून अग्निदिव्य करण्याच्या भानगडीत पडत नाहीत.

५) समाजात अगोदरचीच वडिलांची गुडविल वगैरे नसते. आधीच मागास परिस्थितीत असलेल्या मुलाला स्वतःच्या शिरावर ती निर्माण करायची असते. थोडक्यात, छत्रपती शिवाजी महाराजांना शून्यातून साम्राज्य निर्माण करावे लागले, जवळजवळ तितकेच मोठे आव्हान त्या त्या माणसाच्या मानाने उभे आहे.

६) नातेवाइकांकडून सहकार्याबाबत उदासीनता. येथे सहकार्य म्हणजे मानसिक, प्रेरणात्मक पाठबळ, व इतर.

इतर मागासवर्गीय

१) उच्चवर्णीय डॉक्टर स्वतःच्या नातेवाईक डॉक्टरचेच नाव कळत-नकळत पुढे करीत असतात.

२) उच्चवर्गीय-वर्णीय रुग्ण द/मा डॉक्टरकडे जात नाहीत हा प्रश्न ग्रामीण भागात विशेषकरून आढळतो.

खुल्या स्पर्धेचा गट

१) केवळ जातीमुळे नोकरीत बढती मिळते व पुढील संधी उपलब्ध होते. काहीही न करता बढती मिळणारच असते.

२) कमी श्रमात जास्त पैसे मिळतात व मुळासहित कापून खाण्यास काहीच संकोच किंवा भीती वाटत नाही.

त्या त्या जातगटातून येणाऱ्या डॉक्टरांचे प्रातिनिधिक मत वरील श्रेण्यांमधून व्यक्त होते, असे म्हणणे

योग्य होणार नाही. मासलेवाईक (typical) मतें व्यक्त होतात असे अधिक सार्थपणे म्हणता येईल.

एका बाजूला आत्मविश्वासाची कमतरता, प्रतिकूल आर्थिक परिस्थिती आणि एकट्यानेच सारे उभे करावयाचे आहे या जाणिवेचे दडपण, त्यामुळे निर्माण होणारी सर्वांगीण अनिश्चितता आणि दुसऱ्या बाजूला चटकन नोकरी मिळण्याची खात्री व बऱ्यापैकी पगार या कारणाने बहुसंख्य दलित/मागासवर्गीय डॉक्टर पदवी मिळाल्यामिळाल्या नोकरीच्या पर्यायाची निवड करतात असे साधारण चित्र दिसते. स्वतंत्र प्रॅक्टिस करण्यासाठी आवश्यक असणारे ज्ञान व कौशल्य आपणापाशी नाही असे वाटून क्वचितच कोणी नोकरीकडे वळत असेल. ज्या प्रकारचा अभाव त्यांना जाणवतो त्याबद्दल त्यांनी मोकळेपणाने लिहिले आहे. ज्ञान-कौशल्य नसते हा आरोप पूर्वग्रहदूषित आहे, आधीच करून घेतलेल्या ठाम समजुतीला पुष्टी देण्याच्या प्रयत्नात केलेला तो आरोप आहे, अशी त्यांची प्रतिक्रिया होते.

काहीच न करता बढती मिळत जाते, कमी श्रमात पैसे जास्त मिळतात, इत्यादी कारणांनी द / मा डॉक्टर विशेषतः दलित-आदिवासी-भटके/विमुक्त डॉक्टर नोकरीकडे वळतात या म्हणण्यास वस्तुस्थितीत आधार मिळत नाही. त्यांतल्या फारच थोड्यांना सरसर बढती मिळते. नोकरीत मिळतो त्यापेक्षा प्रॅक्टिसमध्ये मिळणारा जास्त पैसा व मानसन्मान, प्रतिष्ठा या गोष्टी या डॉक्टरांनाही हव्या असतात.

एकदा नोकरीस लागल्यावर मग नोकरी सोडून प्रॅक्टिस सुरू करणे अवघड होऊन बसते, असे सरळ स्वतंत्र प्रॅक्टिस सुरू करण्यामागील कारण एका डॉक्टरांनी सांगितले आहे. पुढे मुलाखतींच्या ओघात आमच्या असे पाहण्यात आले की, नोकरी करता करताच, उत्पन्नाचा तो स्रोत हाताशी कायम राखून प्रॅक्टिस सुरू करण्याची धडपड बहुतेक सर्वजण करतात. तशी योग्य जागा/गाव व संधी चालून आली नाही, व बदली आडवळणी गावी होत राहिली तर नोकरीतच राहण्याकडे कल वाढत जातो. त्याच वेळी पदव्युत्तर शिक्षण पूर्ण करून नोकरीस लागलेल्यांना शहरांत, जिल्ह्याच्या वा तालुक्याच्या मोठ्या गावी जर नेमणूक मिळाली तर नोकरीत कायम राहण्याचे फायदे अनेकांना तौलनिक दृष्टया अधिक आकर्षक वाटतात.

(iii) **दलित/मागासवर्गीयांच्या प्रॅक्टिसचे चित्र :** राखीव गटामधील प्रत्येक गटातून स्वतंत्र प्रॅक्टिस करणाऱ्याचा समावेश प्रश्नावली नमुना-गटामध्ये आहे. त्यांची संख्याही काही कमी नाही. प्रस्तुत अभ्यासाच्या मुख्य उद्देशाच्या पूर्ततेच्या दृष्टीने काही कसोट्यांना 'राखीव' डॉक्टर मंडळी उतरतात की नाही, या गोष्टीला विशेष महत्त्व आहे. या डॉक्टरांना खेडेगावांतच (अडाणी लोकांमध्ये) प्रॅक्टिस करावी लागते का, लहान-मोठ्या शहरांमध्ये यांना फक्त सजातीय वस्त्यांमध्येच दवाखाने काढता येतात वा काढावे लागतात का, यांच्याकडे सर्व जातिजमातींचे, धर्मांचे रुग्ण येतात का, यांचे उत्पन्न बरे म्हणता येईल इतके आहे का, या काही कसोट्या आहेत.

खेडेगावे, तालुक्याची गावे, लहान व मोठी शहरे, सर्व ठिकाणी द / मा डॉक्टर आढळतात. सजातीय वस्त्यांमध्येच दवाखाने वा इस्पितळे काढायला लागली असे एकाही डॉक्टरांच्या बाबतीत घडलेले नाही. इतरही कसोट्यांना ते समाधानकारकपणे उतरतात.

दलित-आदिवासी-भटके/विमुक्त हे डॉक्टर आपले व्यवसाय कोठे करीत आहेत असे पाहता ग्रामीण भाग, तालुक्याची गावे, लहान-मोठी शहरे अशा सर्व ठिकाणी ते व्यवसाय करीत असलेले आढळतात. कन्सल्टंट्स सारे अर्थात लहान-मोठ्या शहरांमध्ये आहेत. 'राखीवां'-मधील दलित, आदिवासी व भटके/विमुक्त यांच्यावर टीकेचा रोख आढळतो. म्हणून यांची काय स्थिती आहे असे पाहता, स्वतःची इस्पितळे उभारून प्रॅक्टिस चालविणारे पाच दलित कन्सल्टंट डॉक्टर आपणास आढळतात. जनरल प्रॅक्टिस करणारेही खेड्यांपेक्षा तालुक्याच्या गावी व शहरांमध्येच दिसतात. ग्रामीण भागातही हॉस्पिटल चालविणारे एक जनरल प्रॅक्टिशनर आहेत. भटके/विमुक्त सारेच तालुक्याच्या गावी वा शहरांमध्ये आहेत. नमुना-गटातील एकमेव आदिवासी कन्सल्टंट डॉक्टर तालुक्याच्या गावी प्रॅक्टिस करीत असून त्यांचे इस्पितळ आहे.

यांचे दवाखाने/इस्पितळे कोठे असतात ? अतिमागास, 'अडाणी' जातिजमातींमधून पूर्वास्पृश्य येत असल्याने यांना गावात वा शहरात मध्यवस्तीत जागा मिळत नाही, किंवा डॉक्टरच आपली लायकी ओळखून मध्यवस्तीत दवाखाने उघडायचे टाळतात असे काहीच आढळत नाही. तालुक्याची गावे, लहान-मोठी शहरे

यांच्या मध्यवस्त्यांमध्ये पूर्वापार प्रॅक्टिस करणारे, ज्येष्ठ व प्रतिष्ठित् डॉक्टर आधीपासून प्रस्थापित असतात. अशा वस्त्यांमध्ये छोटीशी जागा भाड्याने घ्यावयाची तर खूप पैसे पडतात. दुसऱ्या बाजूला, आज अशी सर्वच गावे-शहरे (काही तुरळक अपवाद वगळता) विस्तार पावत आहेत. त्यांच्या परिसीमांवर वसाहती उभ्या राहात आहेत. या पार्श्वभूमीवर, नव्याने प्रॅक्टिस सुरू करणारे सर्व जातींतील तरुण डॉक्टर अशा नव्या वाढत्या भागांमध्ये दवाखाने टाकतात. भांडवली गुंतवणूकही कमी लागते, व रुग्णांना आकृष्ट करण्याच्या दृष्टीनेही सोयीचे जाते. दलित-आदिवासीयांपैकी अधिकांचे दवाखाने/इस्पितळे परिसीमांवरील अशा वस्त्यांमध्ये आहेत. पण सहा कन्सल्टंट्स व चार जनरल प्रॅक्टिशनर शहरांच्या मध्यभागी प्रॅक्टिस करीत आहेत. भटक्या/विमुक्तांमधील सर्वच डॉक्टरांचे दवाखाने शहरांच्या मध्यवस्त्यांमध्ये आहेत.

यांच्याकडे कोणते रुग्ण येतात ? हा प्रश्न तसा नाजूक आहे. माझ्या दवाखान्यात फक्त सजातीय रुग्णच येतात असे सांगायला कोणत्या डॉक्टरला आवडेल ? या कारणाने रुग्णांची जातजमात व आर्थिक वर्ग विचारणाऱ्या प्रश्नाला आलेल्या उत्तरांची विश्वासार्हता शंकास्पद आहे असे कोणी म्हणेल. मुलाखतींच्या ओघात प्रश्नावली नमुना-गटातील अनेक डॉक्टरांच्या दवाखान्यांमध्ये जाण्याचा योग आम्हाला आला. यथार्थ उत्तरे असल्याचे आम्हाला सर्वत्र आढळले. तालुक्याची मोठी गावे, लहान व मोठी शहरे यांच्या परिसीमांवरील वाढत्या नव्या वस्त्यांमध्ये बऱ्याच जणांचे दवाखाने आहेत हे आपण पाहिलेच आहे. या वस्त्या बव्हंशी संमिश्र असतात. त्यांत पुष्कळदा कनिष्ठ व मध्यमवर्गीय कुटुंबे आढळतात. काही वेळा कामगार-वस्ती जास्त असते. बरोबरीला नव्या झोपडपट्टयाही असतात. त्यांच्यात पुन्हा अनेक जातिजमातींचे लोक राहात असतात. हे जर चित्र डोळ्यांसमोर ठेवले तर काहींनी दिलेल्या 'उच्चजातीय रुग्ण येतात पण उच्चवर्गीय रुग्ण मात्र येत नाहीत ' या उत्तराचा उलगडा होतो. तसेच प्रामुख्याने सजातीय रुग्ण येतात, हे एका तरुण आदिवासी डॉक्टरांचे उत्तरही समजू शकते. कोणत्याही गावातल्या उच्चजातीय/वर्गीय प्रस्थापित कुटुंबांचे डॉक्टर ठरलेले असतात. ते डॉक्टर ज्येष्ठ व नावाजलेले असतात. तरुण डॉक्टरांना असे रुग्ण आकृष्ट करणे कसे जमेल ? पण कन्सल्टंट म्हणून जर ख्याती झाली तर मग असेही रुग्ण येऊ लागतात. तात्पर्य असे की, दवाखाना / इस्पितळ कोणत्या वस्तीत आहे, तेथे कोणत्या जातींचे / वर्गांचे लोक राहतात, डॉक्टर तरुण, नवा आहे की जुना, रुळलेला आहे यावर रुग्णविषयक प्रश्नांचे उत्तर अवलंबून राहते.

दलितांमधील सर्व डॉक्टरांकडे उच्चजातीय रुग्ण येतात पण त्यांच्यातल्या तीन जणांकडे उच्चवर्गीय रुग्ण मात्र येत नाहीत. स्वतंत्र प्रॅक्टिसमध्ये असलेल्या आदिवासी डॉक्टरांनी आपल्याकडे सहसा मध्यम व कनिष्ठवर्गीय सजातीय व अन्यजातीय व धर्मीय रुग्ण येतात असे लिहिले आहे. यांचा दवाखाना / हॉस्पिटल आदिवासी भागातील तालुक्याच्या गावी आहे. आदिवासी आणि बिगरआदिवासी उच्चजातीय यांच्यातले अंतर सामाजिक-सांस्कृतिक दृष्ट्या फारच मोठे आहे. त्यात आर्थिक व राजकीय अंतराचीही भर पडते. तरीदेखील मुलाखतींच्या ओघात आम्हाला तालुक्यांच्या गावी प्रॅक्टिस करणारे असे आदिवासी विशेष भेटले, ज्यांच्याकडे प्रसंगाने उच्चजातीय रुग्णपण येतात. त्यांच्यापैकी एका डॉक्टरांचा अनुभव असा होता की, आधी शक्यतोवर टाळायचा प्रयत्न करतात. पण दलित डॉक्टरांना मात्र या प्रकारचा अनुभव येत नाही. भटक्या/विमुक्त डॉक्टरांपैकी ग्रामीण भागात कोणीच नाही. तालुक्याच्या गावी असलेल्या जनरल प्रॅक्टिस करणाऱ्या दोघांकडेही उच्चजातीय रुग्ण येतात. शहरांमध्ये कन्सल्टंसी करणाऱ्या दोघांकडेदेखील उच्चजातीय रुग्ण येतात. भटक्या/विमुक्त डॉक्टरांच्या बाबतीत मुख्यतः सजातीयांमध्येच प्रॅक्टिस चालविणे ही अशक्य गोष्ट आहे; कारण कोणत्याही एका गावात त्यांच्या जमातीची लोकसंख्या अत्यल्प वा नगण्यच असते.

शेवटची बाब उत्पन्नाची. उत्पन्न चोरण्याकडे व्यावसायिकांची नव्हे तर नोकरदार व्यक्तींचीही प्रवृत्ती असते ही गोष्ट सर्वेक्षण करणाऱ्या सर्वांच्या परिचयाची आहे. सरकारी नोकरीतल्या नव्या डॉक्टरलाही पगार-भत्ते मिळून दोन-एक हजार रुपयांची प्राप्ती होते. यापेक्षा कमी उत्पन्न असलेला डॉक्टर प्रॅक्टिस सोडून देण्याचाच विचार करील अशी परिस्थिती गृहीत धरता येईल. तरीपण येथे आपण खुद्द डॉक्टरांनी आपले उत्पन्न जे सांगितले त्याचाच आढावा घेऊ. जनरल प्रॅक्टिस करणाऱ्या दलित-आदिवासी-भटके

विमुक्त डॉक्टरांपैकी फक्त एकाने आपले मासिक उत्पन्न रुपये २१०० हून कमी असल्याचे सांगितले आहे. सहा हजारांहून अधिक मासिक उत्पन्न सांगणारे कोणीच नाही. १२ कन्सल्टंटपैकी रु. २००० हून कमी मासिक प्राप्ती असल्याचे कोणी सांगत नाही, आणि ते स्वाभाविकच आहे. सहा हजारांहून अधिक मासिक उत्पन्न सांगणारे चौघे जण आहेत. त्यांच्यापैकी दोघांचे उत्पन्न दहाबारा हजारांहूनही अधिक आहे.

इतर मागासवर्गीय 'इतर मागासवर्गीयां' मधील काही जाती 'मराठा-बहुजनसमाजा'चाच भाग बनून गेलेल्या आहेत. त्या सामाजिक-आर्थिक दृष्टचा सुप्रतिष्ठित आहेत (उदा , लाड-वंजारी, लेवा-पाटील, कुणबी-मराठा, माळी, इ.). तर शिंपी, सोनार, भावसार, साळी या कारागीर व्यवसायांमधील जाती नागर असून त्यांच्यातली अनेक कुटुंबे आर्थिक दृष्टचा सुस्थितीत व शैक्षणिक दृष्टचा पुढे आलेली आहेत. तेली, परीट, न्हावी, सुतार अशा काही जाती या नागर असल्या तरी त्यांचे व्यवसाय कनिष्ठ व त्यांच्यात शैक्षणिक-सामाजिक मागासलेपणही अधिक. येथे ही गोष्ट पुन्हा सांगण्याचे कारण असे की, स्वतंत्र व्यवसाय करणे, जम बसविणे या स्वरूपाचे प्रश्न जातपातीच्या अंगाने या गटातील बहुसंख्य डॉक्टरांना पडत नाहीत. अशांची परिस्थिती कशी आढळते हे पाहणे तौलनिक दृष्टचा उद्‌बोधक होईल.

जनरल प्रॅक्टिस करणाऱ्या १२ जणांपैकी शहरांत प्रॅक्टिस असणारे एकच डॉक्टर आहेत. ग्रामीण भागात वा तालुक्याच्या गावी इतरांची प्रॅक्टिस आहे. एकाचा अपवाद सोडता साऱ्यांचे दवाखाने मध्यवस्त्यांमध्ये आहेत. कन्सल्टंटपैकी दोघांचा अपवाद सोडता बाकीच्यांची इस्पितळे आहेत. यांच्याही बाबतीत दोघांचा अपवाद सोडता शहरांच्या मध्यवस्तीत यांचे दवाखाने वा इस्पितळे आहेत. ज्या ग्रामीण, निमशहरी वा शहरी भागांमधून ते येतात त्या भागांतच बहुधा 'इतर मागासवर्गीय' डॉक्टर प्रॅक्टिस सुरू करतात. त्या त्या ठिकाणी त्यांचा समाज मोठा असतो. प्रतिष्ठित असतो व त्यांच्या आधारे प्रॅक्टिस उभी करणे सोपे जाते. हा फायदा सर्वच 'इतर मागासवर्गीयां'ना अर्थातच मिळत नाही. पण कनिष्ठ जात वा निकृष्ट आर्थिक स्थिती या दोन कारणांमुळे घरचा वा समाजाचा आधार मिळत तर नाहीच, पण त्यांचे लोढणेच वाटते, अशी परिस्थिती 'इतर मागासवर्गीयां'च्यात अपवादानेच आढळते. प्रथमपासून नागर व्यवसायांमध्ये असल्याने त्यांतल्या अनेकांची व्यक्तिगत वा जातपातळीवर मध्यवस्त्यांमध्ये मालमत्ता असते. ओळखीपाळखी व लागेबांधे असतात. आर्थिक पाठबळही अधिक असते वा उभे करता येते. या कारणांमुळे स्वतःच्या भागात वा गावात, मध्यवस्त्यांमध्ये दवाखाने / इस्पितळे सुरू करणे यांना शक्य होते. दलित/आदिवासी व 'इतर मागासवर्गीय' यांच्यात हा मोठा फरक आहे. या मुद्द्याबाबत भटके/विमुक्त 'इतर मागासवर्गीयां'च्या अधिक जवळ आहेत.

सामान्यतः 'इतर मागासवर्गीय' डॉक्टरांकडे जाण्याच्या बाबतीत उच्चजातीयांना कोणताच अडसर नाही. मध्यवस्त्यांमध्ये दवाखाने / इस्पितळे असल्याने उच्चजातीयांची वस्ती अवतीभवती असतेही. तरीपण उच्चजातीय रुग्ण येत नाहीत असे तिघा जनरल प्रॅक्टिशनरनी सांगितले आहे. त्यांपैकी एक प्रतिष्ठित किसान जातीतले तर दुसरे कनिष्ठ पारंपरिक व्यावसायिकांपैकी आहेत. मध्यवस्त्यांमध्ये दवाखाने असूनही उच्चवर्णीय रुग्ण यांपैकी तिघांकडे जात नाहीत. आठ डॉक्टरांनी आपणाकडे मुख्यत्वेकरून सजातीय रुग्णच येतात असे लिहिले आहे. उच्चजातीय / उच्चवर्गीय असा संयोग असलेली कुटुंबे या नवोदित डॉक्टरांकडे जात नसावीत. कन्सल्टंटच्या पातळीवरही उच्चजातीय रुग्ण येत नाहीत म्हणणारे पाच जण आहेत. प्रामुख्याने सजातीय रुग्ण येतात असे म्हणणारे तिघे आहेत. उच्चवर्णीय रुग्ण येतात असे म्हणणारे पाच आहेत. विशेष निदान व उपचारासाठी म्हणून डॉक्टर निवडताना किंवा जनरल प्रॅक्टिसवाल्या डॉक्टरांकडे न जाता सरळ कन्सल्टंटकडे जाताना ज्येष्ठता, नावाजलेपण, जात व ओळख अशा गोष्टी ध्यानात घेतात असा याचा अर्थ. कनिष्ठ पारंपरिक व्यवसायाची कौटुंबिक पार्श्वभूमी असणाऱ्या 'इतर मागासवर्गीयां'मधील डॉक्टरांना उच्चजातीय-वर्गीय रुग्णांना आकृष्ट करण्यात स्वतःच्या गावात विशेष अडचण जाते. ओळख, स्वतःचा समाज यांचा आधार मिळतो तसा ओळखीचा उलटाही परिणाम होतो. 'इतर मागासवर्गीयां'मधील पुढारलेल्या किसान व नागर कारागीर जातीमधल्या दोन कन्सल्टंटनीही सजातीय रुग्णच प्रामुख्याने येतात असे लिहावे याचे काहीसे आश्चर्य वाटते. प्रश्नावलीतल्या दुसऱ्या एका

अनुक्रमणिका

मुद्द्याच्या संदर्भात समोर आलेले चित्र या मुद्द्यावर प्रकाश टाकते. हळूहळू आज प्रत्येक लहानमोठ्या शहरात वेगवेगळ्या शाखांमधल्या विशेषज्ञांची गर्दी वाढत आहे. प्रॅक्टिससाठी स्पर्धा तीव्र झाली आहे. उत्पन्नाच्या अपेक्षा वाढल्या आहेत. त्यामुळे रुग्ण खेचून घेण्यासाठी ओळखी, लागेबांधे, जात यांचा उपयोग करण्याकडे कल वाढला आहे. ' आपल्या ' माणसाला आधार दिला पाहिजे, अशी वृत्ती समाजातही निर्माण झाली आहे. मात्र हे तंत्र दलित, आदिवासी वा भटके/विमुक्त, तसेच 'इतर मागासवर्गीयां'मधील कनिष्ठजातीय मात्र प्रभावीपण वापरू शकत नाहीत, आणि वापरलेच तर ती गोष्ट त्यांच्या अंगाशी येईल, हे ध्यानात ठेवायला हवे.

उत्पन्नाकडे वळल्यावर, डॉक्टरांनी दिलेल्या आकड्यांवरून, दलित-आदिवासी-भटके/विमुक्त यांच्यासारखीच स्थिती यांचीही आढळते. जनरल प्रॅक्टिस करणाऱ्यांपैकी तिघांचे उत्पन्न महिन्याला ६००० रुपये वा अधिक आहे. कन्सल्टंट डॉक्टरांपैकी काहींनी तरी त्यांचे उत्पन्न कमी दाखवले असले पाहिजे. पण ही गोष्ट गृहीत धरली तरी, 'इतर मागासवर्गीयां' पेक्षा दलित-आदिवासी, भटके/विमुक्त उत्पन्नाच्या अंगाने प्रॅक्टिसमध्ये कमी पडत आहेत असे दिसत नाहीत.

खुल्या स्पर्धेचा गट : खुल्या स्पर्धेतल्या ७ जनरल प्रॅक्टिशनरांपैकी तिघे ग्रामीण भागात आहेत. ग्रामीण भागातल्या दोघांची इस्पितळे आहेत. तालुक्याच्या गावी व शहरांमध्ये प्रॅक्टिस असलेल्यांचे दवाखाने मध्यवस्तीत आहेत. कन्सल्टंटपैकी दोघेजण लहान तर बाकीचे १४ मोठ्या शहरांत आहेत. नऊ जणांची इस्पितळे आहेत. चौघेजण सोडल्यास इतर सर्वांचे दवाखाने/इस्पितळे मध्यवस्त्यांमध्ये आहेत.

खुल्या स्पर्धेच्या गटातल्या मराठा-क्षत्रिय समाजातून आलेल्या ३ डॉक्टरांनी, उच्च जातींचे रुग्ण येत नाहीत असे लिहिले आहे. पाचांपैकी चारांच्या म्हणण्याप्रमाणे त्यांच्याकडे उच्चवर्गीय येत नाहीत, तिघांकडे फक्त सजातीय रुग्णच प्रामुख्याने येतात. ब्राह्मण जातीतून आलेल्या ४ जनरल प्रॅक्टिशनर डॉक्टरांपैकी फक्त एकांनी त्यांच्याकडे उच्चजातीय रुग्णच तेवढे येतात असे लिहिले आहे, तर एकांनी आपणाकडे उच्चजातीय रुग्ण येत नाहीत असे लिहिले आहे. ही गोष्ट जरा अनपेक्षित वाटते. दवाखाना ज्या वस्तीत आहे त्याचा एक भाग म्हणून, उच्चजातीय लोकच त्या वस्तीत कोणी नसल्यामुळे, उच्चजातीय रुग्ण येत नाहीत अशी स्थिती असावी. कन्सल्टंट डॉक्टरांपैकीही तीन डॉक्टरांनी उच्चजातीय रुग्ण येत नसल्याचे लिहावे ही आश्चर्याची गोष्ट वाटते. सारासार विचार करता, खुली स्पर्धा गटातल्या डॉक्टरांनी या प्रश्नाला पुरेसे ध्यान देऊन उत्तर दिले नाही असा ग्रह होतो.

उत्पन्नाच्या प्रश्नालाही आलेली उत्तरे शंकास्पद वाटतात. सात जनरल प्रॅक्टिशनरांपैकी फक्त एकांचे मासिक उत्पन्न ६००० रुपयांच्या वर आहे, दोघांचे दोन हजारांच्या आत व चौघांचे दोन ते चार हजारांच्या दरम्यान आहे. कन्सल्टंटच्या पातळीवर एकांचे मासिक उत्पन्न रु. ४००० च्या वर तर एकांचे रु. ६००० च्या वर आहे. एकाने रुपये २००० हून कमी, तर तेरांनी २ ते ४ हजारांच्या दरम्यान उत्पन्न दाखविले आहे. दलित–आदिवासी–भटके/विमुक्त आणि 'इतर मागासवर्गीय' यांच्या तुलनेत खुल्या स्पर्धेतल्या कन्सल्टंट मंडळींची प्राप्ती कमी आहे ही गोष्ट पटणारी नाही.

डॉक्टरांनी स्वतःच्या प्रॅक्टिसविषयी जी माहिती पुरविली ती येथवर पाहिली. एकदोन मुद्द्यांचा खुलासा वर त्या त्या ठिकाणी आलेला आहे. दलित-आदिवासी यांचे व इतरांचेही, दवाखाने मध्यवस्त्यांमध्ये नसले तर त्याचे कारण त्यांची जात व सवर्ण हिंदू समाजातली जातपात हे नाही. लहान-मोठ्या शहरांतीलच नव्हे, तर तालुका व मोठी ग्रामपंचायतीची गावे यांच्यामधील नव्या वाढत्या वस्त्या या मुळातच संमिश्र असतात. अशा वस्त्यांमध्ये दवाखाने टाकले की प्रॅक्टिस क्वचितच केवळ ' सजातीय ' राहू शकते. म्हणून बहुसंख्यांची प्रॅक्टिस रुग्णांच्या जातींच्या दृष्टीने संमिश्र आहे. उत्पन्नही अनेकांचे चांगले आहे. हे सारे यशस्वी डॉक्टर आहेत. साधारण त्यांच्याच काळात पदवी घेतलेल्या खुल्या स्पर्धेतल्या डॉक्टरांशी ते तुल्यबळ आढळतात. यशस्वी प्रॅक्टिसच्या कसोटीवर राखीव डॉक्टर पात्र ठरले आहेत.

सवर्ण समाज अद्यापिही खासगी जीवनात जातपात मानणारा व पाळणारा आहे. हा समाज राखीव जागांच्या मुद्द्यावरून विरोधी सूरही लावतो. आणि तरीही राखीव जागांमधून आलेल्या डॉक्टरांची समाजातली सामावणूक कोणत्याही मोठ्या अडथळ्याशिवाय समाधानकारकपणे पार पडत असताना आढळते. विशेषतः पूर्वास्पृश्य, आदिवासी व कनिष्ठजातीय

पारंपरिक व्यावसायिक समाजांमधून आलेल्या डॉक्टरांना आपण फक्त आपल्याच समाजाच्या वस्त्यांमधून दवाखाने काढू शकतो, इतर जातिजमातींचे रुग्ण आपणाकडे येण्याचे जातीच्या कारणाने टाळतात वा त्यांना येण्याची बंदी केली जाते, आपणावर बहिष्कार टाकला जातो, कर्जे मिळत नाहीत या प्रकारचा अनुभव आलेला नाही. 'राखीव' डॉक्टर समाजामध्ये स्वीकृत झालेत ही गोष्ट त्यांची पात्रता आणखी एका प्रकारे सिद्ध करते.

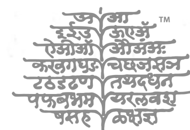
प्रॅक्टिससाठी ग्रामीण वा शहरी भागाची निवड : आजवर डॉक्टर झालेल्या द/मा डॉक्टरांपैकी शहरांमध्ये प्रॅक्टिस करणाऱ्यांचे प्रमाण किती व त्यामागची विभिन्न कारणे कोणती हे निश्चित करणे ही गोष्ट या अभ्यासाच्या आवाक्याबाहेरची आहे. पण खुद्द द/मा डॉक्टरांना त्यांच्या बांधवांचा कल ग्रामीण भागात प्रॅक्टिस करण्याचा असतो असे वाटते का, ग्रामीण भागात प्रॅक्टिस करणाऱ्या डॉक्टरांच्या निर्णयामागची कारणे व पार्श्वभूमी काय आहे असे त्यांना वाटते, या गोष्टी जाणून घेण्याचा प्रयत्न आम्ही केला.

ग्रामीण वा शहरी भागात, कोठेही प्रॅक्टिस सुरू करावयाची म्हटले तर वेगवेगळ्या विशेष समस्यांना तोंड द्यावे लागते. ग्रामीण भागात जातपात जास्त दृढ असते, मुलांच्या शिक्षणाची चांगली सोय नसते, शिक्षण, राहणी या दृष्टीने अनुकूल वातावरण नसते. त्या भागातल्या राजकारणी बड्या धेंडांची मर्जी राखली नाही तर दमदाटी केली जाण्याची, अपप्रचाराची भीती असते. एखाद्या रुग्णास औषधोपचार करताना काही कमीजास्त झाले तर कोणता प्रसंग ओढवेल ते सांगता येत नाही. अशा वेगवेगळ्या कारणांनी ग्रामीण भागात प्रॅक्टिस सुरू करण्याकडे दलित / मागासवर्गीयांचा कल आढळत नाही असे बहुसंख्य दलित डॉक्टरांना (६८–६९%) वाटते. एका दलित डॉक्टरांनी ग्रामीण भागाच्या तुलनेत दलित डॉक्टर शहरातच स्पर्धेत टिकू शकतो असे म्हटले आहे. या काहीशा अनपेक्षित विधानाचे स्पष्टीकरण पुढीलप्रमाणे असावे. त्याच छोट्या गावात वा आसपासच्या भागात उच्च जातीचा, बड्या घरचा डॉक्टर असला तर जात, घराणे, पैसा यांचे पाठबळ नसताना त्याच्याशी स्पर्धा करणे जमत नाही, गुणवत्तेवरून ही स्पर्धा होत नाही, त्यात सर्व भलीबुरी साधने व मार्ग यांचा अवलंब होतो, असे या डॉक्टरांना सुचवावयाचे असावे.

'इतर मागासवर्गीय' व खुल्या स्पर्धेतील बहुसंख्य डॉक्टरांना दलित/मागासवर्गीय डॉक्टरांचा ग्रामीण भागात जाण्याकडे कल आढळतो असे वाटत असले तरी तसा कल आढळत नाही असे म्हणणाऱ्यांचे प्रमाण कमी नाही ('इतर मागासवर्गीय' ४५.२%, खुल्या स्पर्धेतील ४६.२%). वर दिलेल्या कारणांव्यतिरिक्त ग्रामीण भागात प्रॅक्टिसला वाव कमी असतो, शहरात चांगली प्रॅक्टिस लवकर सुरू होते आणि ग्रामीण भागातही डॉक्टरांची गर्दी वाढली आहे ही कारणे नमूद केली आहेत.

ग्रामीण भागात जाण्याकडे कल आढळतो असे म्हणणाऱ्यांनी कोणती कारणे दिली आहेत ते आता पाहू. शहरात प्रॅक्टिस करण्यासाठी आवश्यक असणारे भक्कम आर्थिक पाठबळ नसते हे दलित–आदिवासी–भटक्या/विमुक्त डॉक्टरांनी दिलेले सर्वांत महत्त्वाचे कारण आहे. 'इतर मागासवर्गीय' डॉक्टरांनाही हेच कारण सर्वाधिक महत्त्वाचे वाटते असे दिसते. खुल्या स्पर्धेतील डॉक्टरांना हे कारण महत्त्वाचे वाटते, पण ग्रामीण भागात जनरल प्रॅक्टिशनर वा विशेषज्ञ कमी असल्याने स्पर्धा कमी असते हे अधिक प्रबळ कारण वाटते. या म्हणण्याला दुजोरा देणारे 'इतर मागासवर्गीय' जेवढे डॉक्टर आहेत त्यांहून, अधिक दलित-आदिवासी-भटके/विमुक्त गटांतील डॉक्टर आहेत. ज्या ग्रामीण भागातून ते आलेले असतात तेथेच परत जाऊन प्रॅक्टिस करण्याकडे कल असतो, कारण तो भाग परिचित असतो आणि तेथे डॉक्टरी सेवा उपलब्ध नसते; हे सर्व गटांमधील डॉक्टरांना वाटणारे तिसरे महत्त्वाचे कारण होय. याशिवाय दलित-आदिवासी-भटक्या/विमुक्त डॉक्टरांनी नोंदविलेली कारणे म्हणजे निवासाची व दवाखान्याची जागा मिळविताना शहरात जात आडवी येते, शहरात चांगल्या माणसांचा आधार नसतो, माणुसकीची जाण ग्रामीण भागात असते, तिथे डॉक्टरांविषयी विश्वास व आदराची भावना असते, ही होत.

ग्रामीण भागात दलित/मागासवर्गीय, विशेषत: दलित-आदिवासी डॉक्टर का जातात याची इतरही कारणे कोणी कोणी दिली आहेत. शहरात प्रॅक्टिस करू शकू असा आत्मविश्वास नसल्याने ग्रामीण भाग निवडतात, नोकरीबरोबर बेकायदेशीरपणे पण उघडपणे प्रॅक्टिस खेड्यातच करता येते, ग्रामीण भागातल्या रुग्णांच्या अडाणीपणामुळे चुकाही झाकल्या जातात,





उघडे पडून बदलौकिक होण्याचा धोका शहरात जास्त असतो, इत्यादी कारणे देताना 'इतर मागासवर्गीयां'नी स्वतःस मात्र 'राखीव' सदरातून मनाने वगळलेले असते. खुल्या स्पर्धेतले डॉक्टर कधी त्यांना वगळतात, कधी त्यांचापण समावेश करून कारणे देतात. आपण ज्या ग्रामीण बहुजनसमाजामधून आलो त्यांची सेवा करण्याच्या बुद्धीने द/मा डॉक्टर ग्रामीण भागात जातात असेही काही थोड्या द/मा डॉक्टरांनी* म्हटले आहे.

मुलाखतीच्या ओघात आम्ही अनेक द/मा डॉक्टरांना भेटलो. त्यांच्याशी बोलताना ध्यानात आले की खेड्यापाड्यांतून आलेल्यांनादेखील प्रॅक्टिस करण्यासाठी परत खेड्यात जाण्याची इच्छा नसते. खरे तर रस्त्यावरच्या, मोठ्या गावापेक्षा तालुक्याची गावे, लहानमोठी शहरे यांमध्ये प्रॅक्टिस करण्याची इच्छा त्यांना असते. स्वत.साठी व मुलांच्यासाठी शहरी मध्यमवर्गीय जीवन त्यांना हवे असते. आपली प्रॅक्टिस कोठे चालेल, इतर डॉक्टरांशी तीव्र स्पर्धा करावी लागणार नाही असे ठिकाण कोणते, वेगवेगळ्या दिशांनी रुग्ण, विशेषतः जरा चार पैसे बाळगणारे बागाईतदार रुग्ण ज्या गावी औषधोपचारासाठी येण्याकडे कल आढळतो अशी मध्यवर्ती केंद्रगावे/ शहरे* कोणती, याचा अंदाज डॉक्टर घेतात. त्यांनी असा अंदाज घेणे स्वाभाविकही आहे. असा अंदाज घेताना स्वतःची पदवी, कसब, आर्थिक पाठबळ अशा इतर घटकांचाही अंदाज डॉक्टर घेतो. दलित / मागासवर्गीयांपैकी जे स्वतः मोठ्या गावांमधून वा शहरांमधून आलेले आहेत त्यांचा कल स्वतःच्या गावी वा तसल्याच मोठ्या गावी प्रॅक्टिस करण्याचा असतो. या सर्व कारणांमुळे प्रत्यक्षात रस्त्यावरील मोठे खेडेगाव ते बाजारपेठेचे वा तालुक्याचे गाव ते महानगर, अशा सर्व ठिकाणी आज द / मा डॉक्टर सापडतात.

अंतर्भागातील खेड्यात अद्यापि एम. बी. बी. एस. डॉक्टर आढळत नाही. दलित / आदिवासी असला तरी त्याला तेथे प्रॅक्टिस करणे कमी प्रतिष्ठेचे वाटते. रस्त्यावरील मोक्याचे वा बाजारपेठेचे गाव किमान निवडले जाते. कोणते गाव वा लहानमोठे शहर, शहरातील मध्यवस्ती की परिसीमा यांपैकी कोणती जागा निवडली जाईल ही अनेकानेक घटकांच्या आधारे ठरणारी गोष्ट आहे. तो व्यक्तिविशिष्ट असा निर्णय असतो. स्वतंत्र प्रॅक्टिससाठी प्रथम शहर / गावाची, गाव निवडल्यावर मग गावात कोठे दवाखाना टाकावयाचा याची निवड करण्याची प्रक्रिया, तिचे टप्पे दलित / मागासवर्गीय व खुल्या स्पर्धेतील डॉक्टरांची तीच एक असते हे जाणणे महत्त्वाचे आहे.

३·७. स्वतंत्र प्रॅक्टिस आणि जातपात

समाजात आढळणाऱ्या जातपातीमुळे 'राखीव' डॉक्टरांना, विशेषतः दलित-आदिवासी-भटक्या/विमुक्त डॉक्टरांना प्रॅक्टिसमध्ये तसेच वैयक्तिक जीवनात विपरीत अनुभव येतो, आणि त्यामुळे स्वतंत्र प्रॅक्टिस करणे अवघड होते अशी वस्तुस्थिती आहे का, हे डॉक्टरांकडून जाणून घेण्यात आम्हाला रस होता.

उच्चवर्णीय-वर्गीय रुग्ण डॉक्टरची जातजमात पाहून त्याच्याकडे जायचे/न जायचे ठरवितात असे ४० दलित-आदिवासी-भटक्या/विमुक्त डॉक्टरांपैकी १७ जणांचे मत पडले. 'इतर मागासवर्गीयां'च्या बाबतीत असा भेदभाव तेवढ्या प्रमाणात केला जात नाही असे प्रतिसाद देणाऱ्या, डॉक्टरांपैकी २० डॉक्टरांनी म्हटले. दलित/मागासवर्गीय रुग्णपण उच्चजातीय डॉक्टरांकडे जाणे पसंत करतात असे दहा डॉक्टरांचे मत आहे.

दलित आदिवासी भटक्या/विमुक्तांचे दोन गट पडतात असे जाणवते. ज्यांची प्रॅक्टिस अल्पावधीत स्थिरावलेली आहे, विभिन्न जातिजमातींचे रुग्ण येऊ लागले आहेत असे आणि ज्यांना स्थैर्य प्राप्त झालेले नाही वा नोकरी सोडून प्रॅक्टिसमध्ये उतरण्यावरून ज्यांना पूर्ण आत्मविश्वास वाटत नाही असे. यांपैकी कोणत्या उपगटातला डॉक्टर आहे त्यावर त्याची प्रतिक्रिया, प्रतिक्रियेची भाषा अवलंबून राहते.

'इतर मागासवर्गीयां'पैकी फार थोड्या डॉक्टरांना रुग्ण या प्रकारे भेदभाव करतात असे वाटते. त्यांच्या मते असा अनुभव दलित-आदिवासी-भटक्या/विमुक्त डॉक्टरांच्या बाबतीत मात्र काही प्रमाणात जरूर येत असावा.

'इतर मागासवर्गीयां'च्या काही प्रतिक्रियांचा रोख उच्चजातीयांकडे (रुग्ण व डॉक्टर, दोघेही) तर काहींचा दलित डॉक्टरांवर आहे. स्वतःच्या संदर्भात

* खानदेशामध्ये 'ड्रेनेज एरिया' हा शब्दप्रयोग सर्रास वापरात आढळला. रुग्ण ज्या गावी औषधोपचारासाठी पडेल तो खर्च करण्याच्या तयारीने धाव घेतात अशा गावाला उद्देशून 'या गावाला ड्रेनेज एरिया चांगला आहे', असे म्हणण्याचा प्रघात आढळला.

त्यांना उच्चवर्णीयांच्या वागणुकीत जातीयता दिसते, पण दलित डॉक्टरांच्या संदर्भात दलित डॉक्टरांमध्येच कमीपणा आहे असे अनेकांचे पक्के मत दिसते.

जातीय अभिमान आणि दलित/आदिवासींविषयींची विशेष स्वरूपाची वृत्ती, त्यांच्या बुद्धिमत्तेविषयी शंका यांमुळे दलित / आदिवासींना प्रॅक्टिस सुरू करण्यात, प्रॅक्टिसमध्ये स्थैर्य प्राप्त करण्यात स्वतःपेक्षा कितीतरी अधिक प्रमाणात अडचण पडत असेल याची जाणीव अनेक 'इतर मागासवर्गीय' डॉक्टरांच्या ठायी आढळत नाही. दलितांच्यामध्ये तर त्यांना विशेषच दोष व कमतरता आढळते.

खुल्या स्पर्धेतून आलेल्या डॉक्टरांपैकी केवळ ३ डॉक्टरांना रुग्ण जात पाहून डॉक्टरकडे जायचे न जायचे ठरवितात असे वाटते. आणि असा कोणाचा कल असेलच तर तो विशेषेकरून दलित-आदिवासी-भटक्या/विमुक्त डॉक्टरांच्या संदर्भातच असण्याची त्यांना शक्यता वाटते.

खुल्या स्पर्धेतल्या डॉक्टरांपैकी ज्यांना दलित / मागासवर्गीयांविषयी सहानुभूती वाटते त्यांना त्यांच्या अडचणी खऱ्या वाटतात तर आपली कमतरता झाकण्यासाठी केलेले हे सगळे वेगवेगळे युक्तिवाद आहेत असे इतरांना वाटते. रुग्ण वा डॉक्टर यांच्या ठायी जातपातीचा विचार नसतो असे मत उच्चजातीय रुग्ण व डॉक्टर यांच्या संदर्भात ते प्रकट करतात. उलट, दलित रुग्ण आधी जातवाल्या डॉक्टरकडे जातो. द/मा डॉक्टर जातीय वृत्ती प्रकट करतो असे त्यांचे म्हणणे.

३.८. द/मा डॉक्टर आणि नोकरी

प्रश्नावली नमुना-गटामध्ये द/मा वर्गीयांपैकी फक्त दोघेजण बिगर-सरकारी नोकरीमध्ये (१ खासगी, १ निमसरकारी स्वायत्त संस्था) आहेत.

खाजगी नोकरीत न आढळण्याची ते कोणती कारणे देतात ? द/मा डॉक्टर खासगी नोकऱ्यांमध्ये का आढळत नाहीत याची ते दोन प्रकारची कारणे देतात. जातपात मानणाऱ्या आजच्या समाजव्यवस्थेत आपली निवड खासगी नोकऱ्यांच्या जागी कशी होणार, आपण कोणाचा वशिला लावू शकणार, आपणास सापत्न वागणूकच मिळणार असे मनात पक्के असल्याने प्रयत्नच केला जात नाही. दुसऱ्या बाजूला, घरच्या परिस्थितीमुळे नोकरी तावडतोब हवी असते, व सरकारी नोकरी मिळण्याची खात्री असते. खाजगी नोकरीसाठी प्रयत्न न करता, किंबहुना तिचा विचारही मनात न आणता, सरकारी नोकरीकडे वळण्याचे दुहेरी स्पष्टीकरण दिले गेले. ते असे : १) खासगी नोकरी टिकेल याची शाश्वती वाटत नाही. शासकीय नोकरीत सुरक्षितता वाटते. २) सरकारी नोकरीत बढतीचे, विशेष अधिकारपदावर काम करायला मिळण्याचे आश्वासन असते. खासगी नोकरी टिकवायची म्हणजे वरिष्ठांची / मालकाची मर्जी सतत सांभाळावी लागते; खासगी कंपन्यांचा दृष्टिकोण धंदेवाईक असतो. या दोन कारणांनीही खासगी नोकरी टाळण्याकडे प्रवृत्ती होते. उच्चवर्णीयांच्या-वर्गीयांच्या कंपन्यांत/संस्थेमध्ये आपली निवड कशी होणार असा प्रश्न केवळ जातपातीच्या कारणानेच मनात उभा राहतो असे नाही. रुबाबदार/स्मार्ट व्यक्तिमत्त्वाचा अभाव असल्याची जाणीव, अन्यही कारणाने असणारा न्यूनगंड हेही कारण म्हणून दिले आहे. या सगळ्याचा सारांश असा की, हात दाखवून अवलक्षण कशाला करून घ्या; सरकारी नोकरी मिळत आहे तर तीच का न घ्या, अशी भूमिका बहुतेकांची असते.

खुल्या स्पर्धेतल्या डॉक्टरांनी द/मा डॉक्टर खासगी नोकरीत क्वचित आढळतात या म्हणण्यास होकार दिला आहे. पण कारणमीमांसा करण्याची तयारी थोड्यांनीच दाखवली. खासगी नोकरी गुणवत्तेच्या आधारेच मिळू शकते; तेथे, जावई असल्याप्रमाणे, गुणवत्ता असो वा नसो, नोकरी ठेवलेलीच आहे असा प्रकार नसतो. खासगी नोकरीत कष्ट करावे लागतात, आयते बसून खायला मिळत नाही, ही दोन कारणे मुख्यतः काहींनी दिली.

धास्ती, संकोच, न्यूनगंड यांवर मात करून दलित/मागासवर्गीयांनी खासगी नोकऱ्या मिळविण्याचा कसोशीने प्रयत्न केला तरी (खुल्या स्पर्धेतल्या काही डॉक्टरांनी वर बोलून दाखविल्याप्रमाणे) गुणवत्तेविषयी, कष्टाळूपणाविषयी, कार्यक्षमतेविषयी मुळातच पूर्वग्रह तीव्र असल्याकारणाने त्यात त्यांना यश येण्याची शक्यता कमी राहील. इतरही कारणांनी सरकारी नोकरी त्यांना जास्त सरस वाटावी अशी परिस्थितीही आहे.

खासगी नोकरी करणारे केवळ दोनच दलित/मागासवर्गीय डॉक्टर आहेत. या दोघांना नोकरीच्या जागी मिळणारी वागणूक चांगली वाटते. वेगवेगळ्या वर पाहिलेल्या कारणांनी द/मा डॉक्टर खासगी नोकरीकडे वळत नाहीत ही गोष्ट खरी; पण जे खासगी नोकरी

मिळवण्यात यशस्वी होतील त्यांना आपणास न्यायपूर्ण वागणूक मिळते असा अनुभव येण्याची शक्यता खूप आहे.

खासगी वा सरकारी नोकरीच्या ठिकाणी मिळणारी वागणूक : जातपातीमुळे नोकरीच्या जागी आपणास पक्षपाती वागणूक मिळाली असे उत्तर बहुसंख्य, किंबहुना जवळपास सर्वच, दलित-आदिवासी-भटक्या/विमुक्त डॉक्टरांचे येईल अशी अपेक्षा होती. पण काम सोपविताना आपणास समान न्यायपूर्ण वागणूक मिळाली असे २७ पैकी २० जणांनी सांगितले. तुलनेने बढती देतेवेळी, बदलीचा प्रश्न आला तेव्हा या विशेष संधीचा लाभ देण्याच्या प्रसंगी आपल्याविरुद्ध पक्षपात झाला असे सांगणाऱ्यांचे प्रमाण जास्त होते. तरीदेखील, ज्यांनी उत्तरे दिली त्यांच्यापैकी निम्म्याहून अधिकजणांना या तिन्ही वेळी आपणांस समान वागणूक मिळाली असे वाटले ही गोष्ट महत्त्वाची आहे.

'इतर मागासवर्गीयां'पैकी सुमारे १५ डॉक्टरांनीच उत्तरे दिली आहेत. कारण नोकरीचा अनुभव सर्वांना नाही. पक्षपाती वागणूक मिळाली असा अनुभव सांगणारे डॉक्टर यांच्यात तुलनेने जास्त आहेत. याचे एक स्पष्टीकरण असे की, वरिष्ठ ब्राह्मण असो वा दलित, अनेक मागासवर्गीयांना दोघांबद्दलही, वेगवेगळ्या कारणांमुळे, राग असल्याचे आढळते. ब्राह्मण इतर सर्वांची कायम दडपणूक करीत आले आहेत असे त्यांचे ठाम मत असते; तर दलित हे पात्र नसतानाही राखीव पद्धतीने वरिष्ठपदी सरसकट बढती पावत आहेत असा त्यांचा अभिप्राय आहे. त्यांची ही दृष्टी प्रश्नावलीत जागोजाग येणाऱ्या शेऱ्यांवरून प्रकट होते. या दृष्टीचा व त्यांना प्रत्यक्ष येणाऱ्या अनुभवाचा काही संबंध नसावा अशी शंका येते. कारण इतर मागासवर्गीय अनेक अंगांनी पुढारलेल्या सवर्णांमध्ये मिसळून जातात. दलित-आदिवासी-भटक्या/विमुक्तांपेक्षा त्यांना पक्षपातीपणाचा अनुभव जास्त येण्याचे कोणतेच कारण नाही.

खुल्या स्पर्धेतल्या डॉक्टरांपैकी मोजक्याच डॉक्टरांनी उत्तरे दिली आहेत. सरकारी नोकऱ्यांमध्ये राखीव गटांमधील व्यक्तींचे प्रमाण वरिष्ठ श्रेणींमध्ये अत्यंत कमी आहे. या बाबतीतला अनुशेष भरून काढण्याच्या दृष्टीने अलीकडे विशेष प्रयत्न केले जात आहेत. बढत्या हा नाजूक मुद्दा बनला आहे. सेवेत कनिष्ठ असलेली व्यक्ती 'राखीव'पणाच्या कसोटीमुळे वरिष्ठ बनते. दलितांकडून सवर्णांच्या संदर्भात 'उलटा पंक्तिप्रपंच' (reverse discrimination) घडण्याचे प्रसंग अलीकडच्या काळात ऐकिवात येतात. नोकरीच्या जागी आपणास पक्षपाती वागणूक मिळाली असा अनुभव सांगणाऱ्यांचे प्रमाण ६२–६३ टक्क्यांहून अधिक आहे. विशेष संधी मिळण्याच्या प्रसंगी ते ८० टक्क्यांइतके वाढते. या संदर्भात एका ब्राह्मण डॉक्टरांनी लिहिले आहे, " वरिष्ठ अधिकारी 'राखीव' गटातील असेल तर पक्षपाती असतोच; उच्चवर्णीय असला तर 'राखीववाल्यां'वर कारवाई करण्यास घाबरतो. कित्येक वर्षांमध्ये वैद्यकीय अधिकारी म्हणून डायरेक्ट नेमणूक फक्त 'राखीव'वाल्यांची होत होती." राखीव गटांमधील व्यक्ती 'बॉस' बनल्यावर काही वेळा अधिकार गाजविल्यासारखी वागणूक होतही असेल. मुळात या प्रक्रियेबद्दलच साधारणपणे तीव्र प्रतिक्रिया समाजात आहे, ही गोष्टही येथे लक्षात ठेवली पाहिजे.

३·९. अन्य व्यवहारातली जातपात

दलित आदिवासी-भटके/विमुक्त गटातल्या उत्तर देणाऱ्या डॉक्टरांपैकी सर्वाधिक जणांना दवाखाना/निवास यासाठी जागा मिळविण्यात येणारी अडचण जाणवली होती. ३० जणांनी तसे मत नोंदविले. लग्न करताना येणारी अडचण त्यानंतरच्या क्रमांकावर आहे. दवाखाना / निवास यांच्यासाठी जागा मिळविण्यात जात आडवी येते असा अनुभव आल्याचे 'इतर मागासवर्गीयां'पैकी जवळपास निम्म्या डॉक्टरांनी म्हटले आहे. कर्ज मिळविण्यात दलितआदिवासी-भटके/विमुक्तयांना अधिक अडचण जाते, त्या मानाने 'इतर मागासवर्गीयां'ना ती मोठी अडचण वाटत नाही, अशी उत्तरे आहेत. ठळक फरक विशेषकरून दलित-आदिवासी यांच्यात व इतरांच्यात दिसतो.

ही सर्व अर्थात डॉक्टरांनी व्यक्त केलेली मते आहेत. मुलाखतीच्या ओघात हिंडत असताना राहण्याची जागा इतरत्र न मिळाल्याने स्वतःच्या जातीच्या वस्तीतच जागा घ्यावी लागली असे आम्हास एकाच दलित डॉक्टराच्या बाबतीत उदाहरण मिळाले. काही डॉक्टरांची दवाखान्याची जागा प्रथमपासून भर बाजारपेठेत आहे. गावांच्या वा शहरांच्या जुन्या जातवार पडलेल्या पेठांपैकी उच्चवर्णीय पेठांमध्ये राहण्यासाठी घर मिळविण्यास दलित, आदिवासी, काही भटक्या/विमुक्त जमाती, 'इतर मागासवर्गीयां'मधील कनिष्ठ जाती यांमधील डॉक्टरांना आजही अडचण पडेल असे आम्हाला वाटते. दवाखान्यासाठी जागा मिळविणे तुलनेने सोपे पडते, पैसा जास्त मोजावा लागतो

वा कोणास तरी मध्यस्थ बनवावे लागते, असे डॉक्टरांनी सांगितले. वाढत्या संमिश्र वस्त्यांमधील नव्या धर्तीच्या अपार्टमेंट ब्लॉक्समध्ये वा चाळींमध्ये वा बंगलेवजा वसाहतींमध्ये जागा मिळविण्यात डॉक्टर यशस्वी झालेले आढळले.

अल्प संख्येने का होईना, पण आंतरजातीय व आंतरधर्मीय विवाह केल्याची उदाहरणे प्रश्नावली नमुना-गटात आहेत. वैद्यकीय महाविद्यालयात शिकत असताना जुळलेलीही लग्ने, आहेत. जातीचा अडसर आल्याने लग्न करता आले नाही अशी आणखी काही उदाहरणे असतील. पण जात ही अनुल्लंघनीय अडचण ठरणारच असा निष्कर्ष काढता येणार नाही.

मुलाखतींच्या ओघात स्वतःची इस्पितळे असलेले बरेच द/मा डॉक्टर आम्हांस भेटले. त्यांतले काही जनरल प्रॅक्टिस करणारे होते. या सर्वांना कर्जे मिळाली होती. यांपैकी बहुतेकांची प्रॅक्टिस चांगली चाललेली आढळली. पदवी घेतल्या घेतल्या प्रॅक्टिस सुरू करणाऱ्या डॉक्टरला कर्ज मिळायला अडचण जात असेल. विशेषतः जेथे त्याला प्रॅक्टिस सुरू करावयाची आहे तेथे तो नवखा असला तर व त्याची सांपत्तिक स्थिती बेताचीच असली तर. पण सामान्यतः अशा पद्धतीने प्रॅक्टिस सुरू केली जात नाही. पुरेशी अनुकूलता असणारेच सरळसरळ प्रॅक्टिसमध्ये शिरतात. पैसा व अनुभव गाठी बांधल्यावर इतर काही उडी घेतात. त्यांच्या बऱ्यापैकी ओळखी झालेल्या असतात. अशांना थोड्या प्रयत्नाने कर्ज मिळते असेच चित्र दिसले.

आणखी एक मुद्दा शाळेत मुलांना प्रवेश मिळवून घेण्याचा. जात अडसर ठरते असे थोड्या जणांनी का होईना पण म्हटले आहे मुलाखतींच्या ओघात मुलांच्या शाळांचा, माध्यमाचा प्रश्न निघाला तेव्हा, इच्छा असलेल्या शाळेत मुलांना प्रवेश मिळू शकला नाही व त्याचे कारण जात आडवी आली असे एकाही डॉक्टरांच्या बोलण्यात आले नाही.

३·१०. द/मा डॉक्टरांचे कौटुंबिक जीवनमान

द/मा डॉक्टर नोकरीत वा प्रॅक्टिसमध्ये किती स्थिरावले आहेत, सामाजिक-सांस्कृतिक दृष्टया ते समाजाच्या 'मुख्य प्रवाहा'त किती सामावले गेले आहेत याची कल्पना त्यांचे कौटुंबिक जीवनमान व राहणी यावरून येऊ शकते.

ज्या घरातली स्त्री, म्हणजे मुलांची आई शिकलेली असते त्या घरात मुलाचे शिक्षण चालू राहण्याच्या दृष्टीने अत्यावश्यक अशी अनुकूलता निर्माण होते. पदवी व पुढचे शिक्षण झालेल्या आयांची मुले-मुली उच्च शिक्षणापर्यंत पोचल्याखेरीज राहणार नाहीत, अशी खात्री बाळगता येते. या अंगाने पाहिल्यास विवाहित ८७ पुरुष डॉक्टरांपैकी केवळ दोघांच्या पत्नी अल्पशिक्षित (१ आदिवासी, १ कनिष्ठजातीय 'इतर मागासवर्गीय') आहेत. 'इतर मागासवर्गीय' गटातील बहुसंख्य पत्नी पदवीधर वा पदव्युत्तर शिक्षण घेतलेल्या आहेत. तुलनेने दलित, आदिवासी व भटक्या/विमुक्तांमध्ये एस. एस. सी. (१२) व पदवीधर (१८) पत्नींची संख्या जास्त असून काही थोड्यांनीच पदव्युत्तर शिक्षण घेतलेले आहे. ब्राह्मण डॉक्टरांच्या पत्नींपैकी जवळजवळ सर्वांनी पदव्युत्तर शिक्षण घेतलेले आहे. मराठा उपगटात हे प्रमाण ५०% आहे. वैश्य उपगटात पत्नींपैकी कोणीच पदव्युत्तर शिक्षण घेतलेले नाही. म्हणजेच दोन अपवाद वगळता, ही सर्व कुटुंबे उच्चशिक्षित वर्गात आता दाखल झाली आहेत.

एका बाबीवरून पडणारा फरक बघण्यासारखा आहे. दलित-आदिवासी-भटके/विमुक्त डॉक्टरांपैकी ६०% जणांच्या पत्नींनी पदवी वा पुढचे शिक्षण घेतलेले असले तरी, घरकामाव्यतिरिक्त काही व्यवसाय करणाऱ्यांचे प्रमाण या गटामध्ये २०–२२% आहे. तेच हे प्रमाण 'इतर मागासवर्गीय' गटात ४२% व खुल्या स्पर्धेच्या गटात ६०–६२% आहे.

प्रश्नावली नमुना-गटात तरुण डॉक्टरांचे प्रमाण अधिक आहे. ज्यांची मुले अजून शाळेत जाण्याच्या वयाची झालेली नाहीत असे (९० विवाहित डॉक्टरांपैकी) ३९ डॉक्टर आहेत. ज्यांची मुले शाळेत जातात त्यात २४ जणांची इंग्रजी माध्यम, २३ जणांची मराठी माध्यम तर चार जणांची दोन्ही माध्यमशाळांमध्ये* आहेत. विशेष नोंद करण्याची गोष्ट म्हणजे दलित-आदिवासी-भटक्या/विमुक्त जातगटात इंग्रजी माध्यमात मुलांना घालण्याचे प्रमाण ६४%, म्हणजे विभिन्न गटांमध्ये सर्वांत जास्त आहे. 'इतर मागासवर्गीय'

* दोन्ही माध्यमांच्या शाळेत याचा अर्थ, मुलांपैकी एक जण मराठी तर दुसरे मूल इंग्रजी माध्यमाच्या शाळेत असा आहे.





गटातील (शाळेत मुले जाणाऱ्या) एकूण १७ कुटुंबांपैकी सहांची मुले इंग्रजी, नवांची मुले मराठी, तर दोन कुटुंबांतील मुले दोन्ही माध्यमांच्या शाळांमध्ये जातात. खुल्या स्पर्धेच्या गटामध्ये इंग्रजी माध्यमाच्या शाळेत घालण्याचे प्रमाण ३५% च्या आसपास आढळते.

इंग्रजी माध्यमाच्या शाळेत मुलांना घालण्याचे प्रमाण, एका अर्थी, द/मा डॉक्टर मुख्य प्रवाहात सामावले जाण्याचे निदर्शक आहे.

चाळीस दलित आदिवासी-भटक्या/विमुक्त डॉक्टरांपैकी एकजण शिक्षण घेत आहेत; उरलेल्या ३९ पैकी १४ जणांचे स्वतःचे घर आहे. ४० पैकी ८०%ची घरे संमिश्र मध्यमवस्तीत आहेत. आधुनिक राहणीमानाच्या निदर्शक व प्रतिष्ठेच्या मानल्या जाणाऱ्या स्कूटर-मोटार, टी. व्ही.-फ्रीज, इत्यादी वस्तूंपैकी कोणत्या वस्तू/सोयी घरात आहेत असेही विचारले होते. डॉक्टरांनी स्वतःच्या उत्पन्नाविषयी दिलेला आकडा व घरातील वस्तू/सोयी यांची माहिती यांचा एकत्रित विचार करून डॉक्टरांच्या राहणीमानाचे वर्गीकरण केले. यात डॉक्टर नोकरी करीत आहे की प्रॅक्टिस, स्वतःचे इस्पितळ आहे/नाही इत्यादी घटकही विचारात घेतले. दलित-आदिवासी-भटक्या/विमुक्त डॉक्टरांपैकी फक्त एकाचे जीवनमान कनिष्ठ मध्यमवर्गीय म्हणता येईल इतके कमी आहे. मुलाखतींच्या ओघात हिंडताना अनेक डॉक्टरांच्या घरी जाण्याचा योग आम्हाला आला. उत्पन्न चांगले असूनही, किंमती वस्तू घरात असूनही, सांस्कृतिक वळण अद्यापिही पारंपरिक 'मागास' राहिलेले आहे अशी घरे आम्हाला तुरळक आढळली. बव्हंशी सर्व डॉक्टरांनी आधुनिक मध्यमवर्गीय, व काहींनी तर सधन उच्चवर्गीय राहणी आत्मसात केली आहे. दलित-आदिवासी-भटक्या/विमुक्तांपैकी, ४० पैकी २७ जणांचे (६९%) राहणीमान मध्यम तर १० जणांचे उच्च-मध्यमवर्गीय आहे. दलितांपैकी एक डॉक्टर तरी नक्कीच 'सधन' या कोटीत मोडतील. आम्ही ज्यांना भेटलो त्यांच्यापैकी चार-सहा जण तरी आणखी काही वर्षांमध्ये ती पातळी गाठतील.

दलित–आदिवासी–भटके/विमुक्त या गटाबद्दल विस्ताराने लिहिले आहे, कारण तो सर्वांत अधिक तळागाळातला गट आहे. 'इतर मागासवर्गीय' गटातील डॉक्टरांमध्ये कनिष्ठ मध्यमवर्गात मोडणारे कोणी नाही. अद्यापि सधन या सदरात टाकावे असेही कोणी नाही. पण उच्च-मध्यम वर्गात मोडणाऱ्यांचे प्रमाण जवळपास निम्मे येईल. यांच्यापैकीही काहीजण सधन होण्याच्या मार्गावर आहेत.

... ८

३·११· पुढची पिढी आणि राखीव जागांचा लाभ

स्वतःच्या मुलांना राखीव जागांचा लाभ मिळावा की नाही हा प्रश्न 'इतर मागासवर्गीयां'मधील ⅓ जणांनी अनुत्तरित ठेवला. भटक्या/विमुक्तांमधील जवळजवळ निम्म्या लोकांनी प्रश्नाचे उत्तर दिले नाही. उत्तर दिलेल्यांमध्ये, आपल्या मुलांना **राखीव जागांचा लाभ मिळू नये** असे लिहिणाऱ्यांचे प्रमाण जास्त होते (५७%). जातगटवार हे प्रमाण दलितांमध्ये सर्वांत कमी असेल असे वाटले होते. भटक्या/विमुक्तांचा आकडा खूप कमी आहे, परंतु लाभ मिळू नये असे म्हणणाऱ्यांचे प्रमाण सर्वांत कमी त्यांच्यात आहे. दलितांमध्ये ते सुमारे ५२% आहे तर इतर मागासवर्गीयांत ते जवळजवळ ७०% आहे. पुढे मुलाखतींच्या ओघात राखीव जागांच्या तरतुदीबद्दल समक्ष बोलत असताना, प्रश्नावलीत 'लाभ मिळावा' असे लिहिणाऱ्या डॉक्टरांनी 'माझ्या मुलांना लाभ मिळाला नाही तरी चालेल' असे सांगितले.

समारोप

व्यवसायात पडलेल्या द/मा डॉक्टरांची सांपत्तिक व कौटुंबिक स्थिती समाजातील याच व्यवसायातील इतरांशी तुल्यबल आढळते की नाही ? जेथे ते स्वतंत्र व्यवसायात आहेत तेथे त्यांच्या यशाची कमान चढती आहे की नाही ? द/मा डॉक्टर जर सरसकट निकृष्ट व अपात्र असते तर स्वतंत्र प्रॅक्टिसमध्ये पडल्यावर थोड्याच अवधीत त्यांच्या अपात्रतेमुळे त्यांचा व्यवसाय डबघाईस आलेला दिसला असता. तसे चित्र तर दिसत नाहीच; पण उलट, आमच्या दौऱ्यात प्रश्नावलीतल्या चित्रास पुष्टी मिळेल अशीच परिस्थिती आम्हास सर्वत्र आढळली.

दलित/मागासवर्गीय, विशेषत: दलित-आदिवासी-भटक्या/विमुक्त डॉक्टरांची पात्रता निर्विवादपणे सिद्ध करणारे हे चित्र आहे. हे डॉक्टर फक्त सरकारी नोकऱ्यांमध्ये आढळत नाहीत. अंतर्भागांतील खेड्यांमध्ये स्वतःला दडवून घेतात, 'अडाणी खेडुतां'ना फसवून व्यवसाय करताना ते आढळत नाहीत. मोठी खेडेगावे ते महानगरे येथपर्यंत ते विखुरलेले, व त्या त्या पातळीवर आणि जनरल प्रॅक्टिस व कन्सल्टंसी अशा दोन्ही प्रकारच्या प्रॅक्टिसमध्ये यशस्वीपणे व्यवसाय करताना

अनुक्रमणिका

आढळतात. यांच्यापैकी अनेक जणांनी त्यांच्या त्यांच्या विशेष शाखेत त्या त्या गावात नाव कमाविलेले आहे. पात्रतेचा आणखी पुरावा तो काय हवा ?

३·१२. राखीव जागा आणि सामाजिक न्याय

राखीव 'जागांचा लाभ घेऊन डॉक्टर झालेल्या दलित/मागासवर्गीय व्यक्ती राखीव जागांशी निगडित सामाजिक न्यायप्रस्थापनेच्या व्यापक व दीर्घकालीन प्रक्रियेसंबंधी कोणता विचार करतात हे जाणून घेण्याच्या दृष्टीने प्रश्न विचारले होते.

राखीव जागांची तरतूद ठेवण्यामागील उद्दिष्टे कोणती आहेत, आणि या तरतुदींद्वारा सामाजिक न्यायाची प्रस्थापना होण्यास मदत कशी होणार आहे याविषयी बऱ्याच डॉक्टरांनी आधी फारसा विचार केलेला नसावा असे त्यांच्या उत्तरांवरून वाटते. प्रश्न उपस्थित केल्यावर जी उत्तरे दिली गेली आहेत ती अगदी नेमकी नसली तरी सर्वसाधारणत: ठीक म्हणता येतील अशी आहेत. भारतीय समाजात जातपातींमुळे दीर्घकाळपर्यंत शिक्षणापासून वंचित राहिलेल्या, आर्थिक-सामाजिक दृष्टया दडपलेल्या व मागास राहिलेल्या जातिजमाती आहेत व त्यांचा अभ्युदय साधण्यासाठी, त्यांना पुढारलेल्या, शिक्षित समाजाच्या बरोबरीने आणण्यासाठी राखीव जागांची तरतूद केलेली आहे याविषयी स्थूलमानाने एकवाक्यता आढळते, एवढी गोष्ट पुरेशी आहे.

खरा वादाचा महत्त्वाचा मतभेद कोणत्या गोष्टीवरून दिसतो ? राखीव जागांची तरतूद बंद करावी असे ठाम मत बाळगणाऱ्या डॉक्टरांनी, गेल्या चाळीस वर्षांमध्ये उद्दिष्टांची पूर्तता झाली असल्याने आता तरतूद बंद करावी, असे म्हटलेले नाही. त्यांच्या युक्तिवादाचा रोख सामान्यपणे असा दिसतो, की (१) या तरतुदींचा गैरफायदा घेतला जात आहे, (२) समाजातील काही घटकांना लाडावून ठेवण्यात याचा परिणाम होत आहे, (३) या तरतुदींनी गुणवान मुलांची संधी हिरावून घेतली असल्याने समाजाचे व राष्ट्राचे नुकसानच होत आहे. राखीव जागांमागील मूळ व्यापक उद्दिष्टेच गैर होती, वा त्यांची पूर्तता करण्याचा प्रयत्न सोडून द्यायला हवा, म्हणजेच, जातपातीच्या आधारे आकारास येणाऱ्या विषमता व अन्याय, शोषण यांचा स्वीकार करावा, असे मात्र कोणी म्हणत नाही. आक्षेप आहे तो राखीव जागा या साधन वा मार्ग याला. याउलट, प्रतिपक्षाच्या मते, उद्दिष्टपूर्तीच्या दिशेने वाटचाल समाधानकारक झालेली असली तरी आणि नसली तरी, राखीव जागांची तरतूद दीर्घकाळपर्यंत चालू राहिली पाहिजे. पिढ्यान् पिढ्या वंचित ठेवले गेले त्या पोटी मिळालेला हा जणू काय एक मूलभूत हक्कच आहे अशी धारणा आढळते. राखीव जागांच्या तरतुदीला विरोध असणाऱ्यांच्या हेतूंबद्दल सरळ सरळ शंकाच घेतली जाते.

स्वातंत्र्योत्तर काळात समाजजीवनात व राजकारणात जातजमात हा अधिकच प्रबळ घटक बनला आहे. जातजमातधिष्ठित मागण्या पुढे ठेवणे, त्यासाठी संघटना बांधणे, अलगता जोपासणे या गोष्टी वडताहेत यांबद्दल डॉक्टरांच्यात दुमत फारसे आढळत नाही. राखीव जागांची तरतूद या सगळ्याच्या मुळाशी आहे असे म्हणणे कितपत योग्य आहे, यावरून जोरदार युक्तिवाद केला गेला आहे. राखीव जागांना बळीचा बकरा बनविणे योग्य होणार नाही हे म्हणणे रास्त दिसते. पण राखीव जागांची आजची तरतूद, फोफावणाऱ्या अलगतावादी जातीय वृत्तींचा प्रतिवाद न करता परिपोषच करीत आहे, ही गोष्ट नाकारता येईल का ?

राखीव जागांच्या तरतुदीविषयी दोन-तीन कारणांनी फेरविचार करण्याच्या दिशेने दडपण वाढले आहे. गुणवान मुलांची संधी हिरावून घेतली जाते या आक्षेपाचा प्रतिवाद करीत असतानाही, या मुद्द्यावरून राखीव जागांचा लाभ न मिळणाऱ्या समाजविभागांचा असंतोष इतका तीव्र व स्फोटक बनत चालला आहे की त्याची दखल न घेणे राखीव जागासमर्थकांनादेखील व्यवहारात अवघड जाऊ लागले आहे. समाजातील काही घटकांना जर राखीव पद्धतीने गोष्टी मिळत असतील तर त्याच पद्धतीने आम्हाला पण मिळाव्यात अशी मागणी इतरही जातिजमातींकडून येत आहे. त्या त्या राखीव जातगटामध्येही पुढारलेल्या व मागास असा अंतर्गत फरक आहे; व मागास जातिजमाती आमच्या जागा वेगळ्या काढून आम्हाला द्या, अशी मागणी करू लागल्या आहेत. जातजमातविषयक खोटे दाखले आणून प्रवेश मिळविण्याचे प्रकार आदिवासी व भटक्या विमुक्त गटांमध्ये अगदीच तुरळक प्रमाणावर घडत नसावेत. त्याचबरोबर शैक्षणिक, आर्थिक व सामाजिक दृष्टया पुढारलेल्या व सक्षम कुटुंबांमधील मुलेमुली वाढत्या प्रमाणावर राखीव जागांचा लाभ घेऊ लागली आहेत, आणि अशा कुटुंबांमधील मुलांना

लाभ मिळावा या गोष्टीचे समर्थन करणे अवघड ठरत आहे. यामुळे राखीव जागांची तरतूद चालू राहावी असे म्हणावयाचे असले तरी त्यात काही सुधारणा, बदल करावयास हवेत याचे भान वाढलेले आढळते. प्रश्नावली भरीत असताना दलित-आदिवासी-भटके/विमुक्त यांच्यापैकी अनेकांनी या संदर्भात सूचना केलेल्या आढळाव्यात ही आम्हास महत्त्वाची व स्वागतार्ह गोष्ट वाटते.

राखीव जागांचा लाभ घेणाऱ्या व्यक्तीसही मनात एका गोष्टीची बोच खोलवर राहात असावी. खुल्या स्पर्धेत उतरण्याइतकी पात्रता तुमची नाही असा कमीपणाचा शिक्का उठवूनच राखीव जागा देऊ केली जाते, मग त्याचे स्पष्टीकरण भलेही पिढ्यान् पिढ्यांच्या वंचितपणाच्या आधारे दिले जावो. आणि हे खोलवर सलत राहते. स्पर्धेत उतरून यश संपादन करून घेण्याइतकी शैक्षणिक क्षमता वाढविण्याच्या दृष्टीने भांडवली गुंतवणूक द/मा वर्गीय मुलामुलींवर करावी या विकल्पाची निवड बऱ्याच डॉक्टरांनी म्हणूनच केली आहे. राखीव जागांचा लाभ घेऊन उत्कर्ष साधल्यावर अशा कुटुंबांना लाभ मिळू नये ही गोष्टही अनेकांनी उचलून धरली आहे. पुढे मुलाखतींच्या ओघातही माझ्या मुलांना राखीव जागांचा लाभ मिळण्याची वास्तविक गरज पडू नये असे उत्तर बहुतेकांनी दिले. काहींनी तर मुलांच्या वेळेस काही झाले तरी या तरतुदीचा लाभ घेणार नाही असा निर्धार व्यक्त केला.

शैक्षणिक, सामाजिक व आर्थिक पुढारलेपणाचा निकष वापरून वेगवेगळ्या राखीव जातगटांमध्ये समाविष्ट जातिजमातींपैकी पुरेशा पुढारलेल्या जातिजमातींना लाभधारक यादीतून वगळावे ही सूचना मात्र तेवढ्या सहजी मान्य होत नाही. कोणतीही जातजमात घेतली तरी तिच्यामध्ये मागास व दुबळी कुटुंबे उरली नाहीत अशी अवस्था आली नसताना ती यादीतून कशी वगळता येईल, असा प्रश्न पडत असणार. राखीव जागा लाभधारक यादीत ज्यांचा समावेश नाही अशा जातींमधील, समाजांमधील गरजू गरीब कुटुंबांना आजच्या पद्धतीत अन्याय होतो या गोष्टीचेही भान वाढत्या प्रमाणावर आढळते. अशा कुटुंबांसाठीही एक ना एक प्रकारच्या राखीव लाभांची तरतूद असायला हवी, असे काहींनी नमूद केलेले आढळते.

एरवी ज्यांना उच्च कोटीच्या टक्केवारीच्या जोरावर प्रवेश मिळाला असता अशा अनेक मुलांची विशिष्ट संधी राखीव जागांमुळे हिरावून घेतली जाते हे नाकारता येणार नाही. त्यांच्या जागी ज्या मुलांना सामाजिक न्यायाच्या मुद्द्यावरून संधी दिली जाते ती मुले यासाठी पात्र असली पाहिजेत असा आग्रह संधी हुकलेल्या मुलांच्या पालकांनी व व्यापक समाजाने राखला तर ते वावगे नाही. प्रवेश मिळण्यासाठी किमान गुणवत्ता तरी हवी हा आग्रह आज, तुरळक अपवाद सोडता, पूर्ण होत आहे. पात्रतेला दुसराही एक पैलू आहे. शैक्षणिक, सामाजिक व आर्थिक दृष्ट्या जातजमातीय व कौटुंबिक मागासलेपण व दुबळेपण ही राखीव लाभांसाठी पात्र असण्याची कसोटी अध्याहृत आहे. या कसोटीचे पालन काटेकोरपणे होईल अशा प्रकारची दुरुस्ती राखीव जागांसंबंधीच्या नियमांमध्ये कशी करता येईल, हा महत्त्वाचा मुद्दा आहे. अशी दुरुस्ती केली तरच सामाजिक न्यायाच्या तत्त्वावर राखीव जागांच्या तरतुदीचे समर्थन करता येईल.

राजकीय वजनाचा वापर करून काही जातींनी 'इतर मागासवर्गीयां'मध्ये करून घेतलेला समावेश, जातजमातविषयक खोटे दाखले सादर करून प्रवेश मिळविण्याइतकी प्रशासकीय ढिलाई, या कारणांमुळेही राखीव जागांबद्दल असंतोष जास्त तीव्र रूप धारण करतो. सामाजिक न्याय हे फक्त पुढे करण्याचे तत्त्व आहे, बाकी खोटेपणाने नको ते लोकच फायदा उपटत आहेत, ही भावना प्रतिक्रियांद्वारा व्यक्त झालेली दिसते. राखीव जागासमर्थकांपैकी बहुतेकांना या दोन्ही गोष्टी गैरच वाटतात ही आश्वासक गोष्ट आहे.

'इतर मागासवर्गीयां'खेरीज बाकीच्या राखीव जागावाल्यांना राखीव पद्धतीने प्रवेश तर मिळतोच; पण जोडीला छात्रवृत्ती मिळते. त्यांच्यासाठी संत ज्ञानेश्वर वसतिगृहांसारखी सोय केली जाते. विशिष्ट जातिजमातीमध्ये जन्माला आल्याचे किती ठिकाणी व किती प्रकारचे फायदे मिळावेत याला काही मर्यादा हवी अशी प्रतिक्रिया बाकीच्या समाजाची होते. अनेक डॉक्टरांच्या प्रश्नावलीमधल्या नोंदीमध्ये याचे प्रत्यंतर मिळते. हा एक अत्यंत नाजूक मुद्दा आहे. यावरून समाजात सामंजस्याचे वातावरण निर्माण करणे अतिशय निकडीचे पण तेवढेच अवघड आहे. या मुद्द्याची अधिक चर्चा शेवटच्या प्रकरणात केली आहे.

❋

अनुक्रमणिका

प्रकरण चौथे

दलित / मागासवर्गीय डॉक्टर : सामाजिक बदलाची व्यापक प्रक्रिया*

प्रास्ताविक

प्रश्नावली भरून पाठविताना डॉक्टरांनी जी माहिती दिली असेल व मते व्यक्त केली असतील त्यांतील अपुरेपण दूर करून घेण्याच्या दृष्टीने, काही गोष्टींचा खुलासा विचारून घेण्याच्या दृष्टीने, नेमके प्रश्न काढून त्या प्रश्नांच्या चौकटीत मुलाखत मर्यादित ठेवावी अशी आरंभी आमची कल्पना होती. प्रत्यक्ष मुलाखती घेण्यास आम्ही सुरुवात केल्यावर ध्यानात आले की, प्रश्न व उत्तर अशा स्वरूपात जर मुलाखत चालली तर तीमध्ये रूक्ष कोरडेपणा येऊन डॉक्टर मोकळेपणाने संवाद करत नाहीत. म्हणून मग, राखीव जागांविषयीच्या तात्त्विक व वादग्रस्त मुद्द्यांवरून सुरुवात करण्यापेक्षा, व्यक्तिगत जडणघडणीकडे, मागे वळून पाहात, स्वतःच्या आजोबांच्या पिढीपासून झालेल्या वाटचालीचे चित्रण करण्यास डॉक्टरांनी सुरवात करावी असा आमचा प्रयत्न राहिला. डॉक्टरांच्या बोलण्याचा ओघ खंडित वा अवरुद्ध न होता तो कौटुंबिक वाटचालीपासून आरंभ होऊन त्याच्या आजपर्यंतच्या व्यावसायिक जीवनापर्यंत वळणावळणाने प्रवाही राहावा अशी दक्षता आम्ही घेत असू. परिणामी डॉक्टरांच्या व्यक्तिवैशिष्टयांनुसार प्रत्येक मुलाखतीचा वैशिष्टयपूर्ण घाट तयार होत असे.

प्रत्येक डॉक्टर कोणत्या ना कोणत्या जातिजमातीमधून येत असल्याने तो सामुदायिक वारसा त्याच्या वाटचालीत आणि मतांमध्ये अजाणता प्रतिबिंबित व अभिव्यक्त होत असला तरी, प्रत्येकाची वाटचाल शेवटी अगदी वैयक्तिक स्वरूपाची असते. सामाजिक संदर्भ व चौकट आणि व्यक्तिविशिष्ट वाटचाल यांच्यातल्या अन्योन्य संबंधाची विविध रूपे मुलाखतींच्या ओघात आम्हास पाहावयास मिळाली.

विभाग पहिला

४.१. सर्वसामान्य वैशिष्टये

एकूण शंभर डॉक्टरांकडून प्रश्नावली भरून आल्या होत्या. नोकरीची जागा (ग्रामीण अंतर्भाग, तालुक्याची गावे, शहर), पातळी (प्राथमिक आरोग्य केंद्र, जिल्हा रुग्णालय) तसेच खासगी प्रॅक्टिसमध्ये असल्यास जागा व प्रकार (जनरल प्रॅक्टिस, विशेषज्ञ सेवा) यांनुसार ज्या वेगवेगळया कोटी पडतात त्यांपैकी प्रत्येक वर्गीकरणातल्या डॉक्टरांचा मुलाखतीमध्ये समावेश असावा असा आमचा दृष्टिकोण राहिला. त्याच वेळी, विभिन्न राखीव जातजमातींमधूनही डॉक्टरांची निवड आम्ही केली. ज्या पाच जिल्ह्यांमधून पुणे विद्यापीठातल्या बै. जि. वैद्यकीय महाविद्यालयात विद्यार्थी येतात त्या पाचही जिल्ह्यांमधील डॉक्टरांचा समावेश होईल असेही आम्ही पाहिले. जोडीला काही खुल्या स्पर्धेतल्या डॉक्टरांच्याही आम्ही मुलाखती घेतल्या.

एकूण ४२ डॉक्टरांच्या मुलाखती आम्ही घेतल्या. प्रश्नावली भरून दिलेल्यांपैकी एक-तृतियांशाहून अधिक जणांच्या मुलाखती आम्ही घेऊ शकलो. मुलाखती घेतलेल्या डॉक्टरांचे वेगवेगळया अंगांनीं वर्गीकरण कसे पडते. त्याची माहिती पुढील कोष्टकांवरून दिसून येईल.

मुलाखत घेतलेल्या डॉक्टरांची माहिती †

जातगट–

दलित (१८)– महार/नवबौद्ध (५),
चांभार (१०), मांग (३).
भटक्या-विमुक्त जाती (४)– लमाण बंजारा (१)
बेलदार (१), भोई (१), बावा (१).

* डॉक्टरांच्या मुलाखतींवर आधारित.

† कंसातील आकडे डॉक्टरांची संख्या दर्शवितात. सगळी माहिती सर्व डॉक्टरांबाबत उपलब्ध झालेली नाही.

आदिवासी (५)– भिल्ल (४), वसावा (१).
इतर मागासवर्गीय (१०)– शिंपी (५), सुतार (२), तेली (१), वंजारी/लाडवंजारी (२), लेवा पाटील (१).
खुली स्पर्धागट (४)– ब्राह्मण (२), मराठा (१), जैन मारवाडी (१).

वयोगट–

३० किंवा तीसहून कमी (७), ३१ ते ३४ (१६); ३५ ते ४० (१५), ४१ व अधिक (३).

शिक्षण–

केवळ एम. बी बी. एस.– राखीव गट (१२), खुली स्पर्धा गट (२).
पदव्युत्तर– डिप्लोमा (३).
– डिग्री– राखीव (२२), खुली स्पर्धा (२).

थर्ड एम. बी. बी. एस. परीक्षेत राखीव गटातील विद्यार्थ्यांना मिळालेले गुण (%)– ५० ते ५४ (१५), ५५ ते ५९ (७), ६० वा अधिक (२).

एम. बी. बी. एस. होण्यास लागलेली वर्षे (राखीव गट)– ४॥ वर्षे (८), ५॥ वर्षे (१२), ७ वर्षे (३), ७॥ वा अधिक (४).

व्यावसायिक दर्जा–

नोकरी (१२)– राखीव (११), खुली स्पर्धा गट (१).
स्वतंत्र प्रॅक्टिस– जनरल राखीव (११), खुली स्पर्धा गट (१).
कन्सल्टंट– राखीव (१७), खुली स्पर्धा गट (२).
हॉस्पिटल आहे– राखीव (१२), खुली स्पर्धा गट (३).

नोकरी / प्रॅक्टिस कुठे करतात–
ग्रामीण– राखीव (७), खुली स्पर्धा गट (१).
निमशहर–राखीव (१२), खुली स्पर्धा गट (१).
शहर– राखीव (१८), खुली स्पर्धा गट (२).

सर्व मुलाखती सारांशाने आम्ही लिहून काढल्या. त्यांच्या द्वारे ठळकपणे ध्यानात आलेल्या महत्त्वाच्या सर्वसाधारण मुद्द्यांचे विवेचन प्रथम केले आहे. नमुना-गटातील डॉक्टरांखेरीज आमचे इतर काही डॉक्टरांशी तसेच वैद्यकीय शिक्षणव्यवस्थेशी संबंधित लोकांशी वेळोवेळी जे बोलणे झाले तेही विवेचन करतेवेळी विचारात घेतले आहे. त्यानंतर दलित/मागासवर्गीय डॉक्टरांच्या गाठीभेटीनंतर उमटलेले एकंदर चित्र, व्यक्तिवैशिष्टचांवर भर न देता, सामाजिक संदर्भच समोर ठेवून तेथे चित्र रेखाटण्याचा प्रयत्न केला आहे.

४·२. सामाजिक बदलाच्या प्रक्रियेतील वैयक्तिकता

सामाजिक बदलाची प्रक्रिया एका विशिष्ट दिशेने अधिक गतिमान करण्यासाठी राखीव जागांची तरतूद करण्यात आली. एरवी ज्या संख्येने या विशिष्ट जाति-जमातींमधून डॉक्टर निर्माण झाले असते, त्यापेक्षा अधिक संख्येने विद्यार्थी डॉक्टर होऊ लागले आहेत ही निर्विवाद गोष्ट आहे. एक वै. जि. वैद्यकीय महाविद्यालय घेतले तरी, राखीव जागांची तरतूद नसती तर खुल्या स्पर्धेतून प्रवेश मिळवून या जातिजमातींमधील किती विद्यार्थी डॉक्टर झाले असते, आणि राखीव जागांमुळे फरक किती पडला, याविषयी जिच्या आधारे निश्चित-पणे बोलता येईल अशी माहिती दुर्दैवाने महाविद्या-लयाच्या दप्तरी व्यवस्थित ठेवलेली आढळली नाही. तथापि सर्वांना खुल्या स्पर्धेतून प्रवेश घ्यावा लागला असता तर फार थोड्या व्यक्ती डॉक्टर होऊ शकल्या असत्या असे सर्वसाधारण विधान करता येईल.

व्यक्तींचा आणि कुटुंबांचा समावेश जातिजमातीं-मध्ये होत असला आणि तो तसा केला जाणे अर्थपूर्णही असले तरी, परिवर्तनाची प्रक्रिया वैयक्तिक व कौटुंबिक पातळीवर घडत असते. एकाच भागातील एकाच जातीमधील कुटुंबांचीही स्थिती सारखी नसते; स्थूल मानाने सारख्या परिस्थितीतील कुटुंबांचीही ' अंतर्गत ' परिस्थिती वेगवेगळी असते. आणि अनेक गोष्टी व्यक्ति-वैशिष्टचांवरही अवलंबून असतात. सामूहिक पातळीवर एकत्रितपणे जेव्हा बदलाची प्रक्रिया बघितली जात असते तेव्हा व्यक्ती व कुटुंब यांच्या वैशिष्टचांकडे दुर्लक्ष करावे लागते. सामाजिक बदलाच्या प्रक्रियेतील गुंतागुंत व बारकावे सोडून द्यावे लागल्याने प्रक्रियेची उमज स्थूल, उथळ व सदोष राहते. उदाहरणार्थ, राखीव जागांची तरतूद ही एक स्थूल व सरसकट तरतूद आहे. ती तशी असणे एका मर्यादेपर्यंत अपरिहार्य आहे. या तरतुदीचा लाभ कोण, कोणत्या परिस्थितीत परिणाम-कारक रीत्या घेऊ शकतो याची उकल होण्यासाठी व्यक्ती व कुटुंब यांच्या वैशिष्टचांचा बदलाच्या प्रक्रियेतला

वाटा काही प्रत्यक्ष वैयक्तिक उदाहरणांच्या अभ्यासाद्वारे समजावून घेणे महत्त्वाचे ठरते.

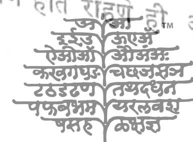
४·३. योगायोगांचे स्थान व महत्त्व

कालपरवापर्यंत ज्या जातिजमातींमधून क्वचितच कोणी डॉक्टर होत होते त्या जातिजमातींमधील विद्यार्थी वैद्यकीय महाविद्यालयात प्रवेश घेण्यापर्यंत येतात तेव्हा पहिली ठळकपणे जाणवणारी गोष्ट कोणती असेल तर ती ही की, त्यांच्यासाठी एक रुळलेली वाट अशी नसते. उच्चवर्गीय व मध्यम–उच्च मध्यमवर्गीय कुटुंबांतील सामान्य बुद्धिमत्तेच्या मुलामुलींचेदेखील महाविद्यालयीन शिक्षण सुरळीतपणे पार पडेल ही गोष्ट गृहीत धरता येते. मुलगा (वा मुलगी) सतत नापास होत राहिला तरच नाइलाज म्हणून पालक वेगळा विचार करतील. ज्यांच्यासाठी जागा राखीव ठेवल्या आहेत त्यांतल्या काही जातींचा अपवाद सोडला तर, बाकी सर्व जातिजमातींमधील कुटुंबांच्या बाबतीत उच्च शिक्षण गृहीत धरता येत नाही. आर्थिक दृष्ट्या सुस्थितीत असलेल्या, वडील शिक्षित व पांढरपेशा व्यवसायात असलेल्या कुटुंबांच्या बाबतीतही उच्च शिक्षण गृहीत धरता येत नाही. हा फरक फार मोठा व महत्त्वाचा आहे. मुलगा वा मुलगी हुशार असली तर उच्चवर्णीय-उच्चवर्गीय घरात लहानपणापासूनच पुढे कोणत्या शाखेत प्रवेश घ्यायचा याचे मनसुबे विद्यार्थ्यांच्या अवतीभवतीची माणसे रचीत असतात. या प्रभावामुळे स्वतः तो मुलगा (वा मुलगीही) एक उद्दिष्ट बाळगून ते साध्य करण्यासाठी अभ्यास करू लागतो, नियोजन करू लागतो. उच्च शिक्षणाचीच जर कोणतीही शाश्वती नसेल तर अभियांत्रिकी वा वैद्यकसारख्या उच्च तांत्रिक शाखांकडे वळण्याच्या दृष्टीने वाट रुळलेली असण्याची शक्यता संभवत नाही.

तात्पर्य असे की, शाळेत नाव घातले जाणे ही एक गोष्ट सोडली तर पुढच्या प्रत्येक टप्प्यावर अनिश्चितता कायम असते. जे घडते त्यात योगायोगांचा भाग बराच मोठा असतो. राखीव जागावाल्या जातिजमातींमधील सर्वच कुटुंबांची परिस्थिती अर्थातच एकसारखी नाही. पण मुलांचे महाविद्यालयीन शिक्षण होणे जेथे गृहीत धरता येईल अशी कुटुंबे अद्यापही अपवादात्मकच असण्याची शक्यता आहे.

योगायोग ही काही तरी एक गूढ बाब आहे असे मात्र नाही. मुलाखतींच्या द्वारा जो एक वैयक्तिक इतिहास त्या त्या डॉक्टरच्या संदर्भात समोर आला त्यावरून योगायोगांमध्ये कोणकोणत्या गोष्टींचा समावेश असतो याची कल्पना येते. आई-वडील व घरातील इतरही वडिलधारी माणसे जर अशिक्षित असली आणि बिगरपांढरपेशा, कष्टकरी व्यवसायात असली तर मुलांनी शिकावे याबाबत सामान्यतः पालकांचा आग्रह आढळत नाही. मुले शिकली तर हरकत नाही, शिकतील तेवढी शिकवू, अशी भूमिका घेणारे पालकही, शिकण्यात गोडी उत्पन्न करतील, शिकण्याविषयी जिद्द निर्माण करतील असे नाही. चार इयत्ता शिक्षण होऊन त्या आधारे मिळालेल्या नोकरीपेशात पालक (बहुधा वडील) असले तरी मुलांच्या शिक्षणाविषयी आस्था, आग्रह व त्या दृष्टीने संस्कार गृहीत धरता येत नाही. म्हणून शिक्षण घेतल्याशिवाय अभ्युदय घडून येणार नाही, तेव्हा आपल्या मुलांनी शिकले पाहिजे असा आग्रह बाळगणारे आणि तसा संस्कार स्वतःच्या मुलांवर यशस्वीपणे करून त्यांच्या ठायी गोडी व जिद्द उत्पन्न करणारे पालक हा सर्वांत महत्त्वाचा योगायोग म्हणायला हवा. अर्थातच, राखीव जागांमधून प्रवेश घेणाऱ्या विद्यार्थ्यांच्या बाबतीत, १९७१–८२ या प्रस्तुत अभ्यासासाठी निवडलेल्या कालखंडात डॉक्टर झालेल्यांपैकी थोड्यांच्या वाट्याला असे पालक आले होते. अगदी अलीकडच्या काळात या बाबतीत फरक पडावयास सुरुवात झाली आहे असे दिसते. उच्चशिक्षित, पांढरपेशा व मध्यम व उच्च श्रेणीच्या नोकरीपेशात पालक असलेल्या कुटुंबांमधील मुलेमुली वैद्यकीय महाविद्यालयात जास्त प्रमाणात येऊ लागली आहेत.

शिक्षणाविषयी आस्था व आग्रह नसण्याच्या जोडीला जर आर्थिक परिस्थिती अनुकूल नसली आणि त्यातही निवास जर ग्रामीण अंतर्भागात असला तर अनेक योगायोग जुळून आल्याखेरीज मुलगा, व क्वचित मुलगी, वैद्यकीय महाविद्यालयापर्यंत पोचणे जवळपास अशक्यच. अशी परिस्थिती असूनही ज्या व्यक्ती डॉक्टर झाल्या त्यांच्या बाबतीत प्राथमिक शाळेत दिसून आलेली हुशारी व शाळेची गोडी या दोन गोष्टी विशेष महत्त्वाच्या ठरतात असे आढळते. हुशारी आणि शाळेची गोडी असूनही ज्यांचे शिक्षण थांबले अशा मुलांची कित्येक प्रकरणे असणारच. अर्थ असा की, या दोन गोष्टी जर नसत्या तर, अन्य दृष्टींनी प्रतिकूल असलेल्या परिस्थितीत शिक्षण होत राहणे ही अशक्य-





अनुक्रमणिका

प्रायच गोष्ट आहे. पण या दोन गोष्टी असणे पुरेसे ठरत नाही. डॉक्टरांनी दिलेल्या माहितीवरून असे लक्षात येते की, मुलाचा चुणचुणीतपणा, हुशारी मनावर ठसल्यावर शाळेत, सर्वच जरी नाही तरी, एखाद् दुसऱ्या शिक्षकाची तरी दृष्टी व वागणूक बदलते. या पाल्याचे शिक्षण पुढे चालू राहावे असे शिक्षकास वाटते व शिक्षक विद्यार्थ्याला प्रोत्साहन देतो, मदत करतो, बहुधा काही प्रसंगाने पालकांच्या मनावर ही गोष्ट बिंबवितो. जातिजमातींतली इतर मुले शिक्षणात चमक दाखवीत नाहीत या सर्वसाधारण परिस्थितीत अशा हुशार मुलाचे वस्तीतल्या शेजारपाजाऱ्यांना, नात्यातल्यांनाही कौतुक वाटते व शिक्षण चालू ठेवण्याच्या दृष्टीने पालकांना सल्ला दिला जातो. क्वचित जातपातीच्या पलीकडे जाऊन गावही असे प्रोत्साहन देते. गावाने रस घेणे ही गोष्ट सार्वजनिक मान्यतेच्या (७वी, १०वी)परीक्षेतील यशाचे बहुधा फलित असते.

आर्थिक परिस्थिती जिथे प्रतिकूल असते तिथे बाराव्या-तेराव्या वर्षांनंतर मुलाचे शिक्षण चालू राहण्यासाठी आणखी काही गोष्टी अनुकूल घडून याव्या लागतात. शिक्षणाचा व जेवणाखाण्याचा खर्च परस्पर भागेल अशा वसतिगृहात राहून पुढचे शिक्षण होण्याची सोय झाली तर अनुकूलता वाढते. किंवा शिक्षणाच्या या टप्प्यावर मोठी भावंडे कमावू लागल्याने वा अन्य काही कारणाने आर्थिक स्थिती थोडी बरी झाल्याने, सगळ्यांना जरी नाही तरी, या हुशार मुलाला शिकवायला हरकत नाही, अशा निर्णयाला पालक येतात. आईवडिलांकडे वा घरीच राहून म्हणण्याइतक्या जवळच्या नात्यातल्यांकडे राहून माध्यमिक शिक्षण घेता आले अशांची गोष्ट सोडली तर, ग्रामीण अंतर्भागातील विद्यार्थ्यांच्या दृष्टीने वसतिगृहात सोय होणे हा महत्त्वाचा अनुकूल योगायोगच ठरतो. सरकारी मदतीच्या योजनांतर्गत आदिवासी, भटके/विमुक्त व पूर्वास्पृश्य यांच्यासाठी चालविली जाणारी वसतिगृहे सर्व जिल्ह्यांमधून असली तरी, सगळी वसतिगृहे सारखी नसतात. घरापासून दूर वसतिगृहात राहून शिक्षण चालू राहावयाचे असेल तर वसतिगृहाचे वळण, वातावरण व शिस्त या गोष्टी शिक्षण चालू राहण्याच्या दृष्टीने किमान अनुकूल असणे आवश्यक असते. अशी अनुकूलता लाभणे महत्त्वाचे असते.

मुलाखतीवरून लक्षात येणारी एक विशेष गोष्ट अशी की, ग्रामीण अंतर्भागातून येणाऱ्या व वसतिगृहात राहून माध्यमिक व वैद्यकपूर्व महाविद्यालयीन शिक्षण पूर्ण करणाऱ्या दलित-आदिवासी-भटक्या / विमुक्त विद्यार्थ्यांना त्यांच्याच वयाच्या त्यांच्याबरोबरच्या विद्यार्थ्यांचा मोठा आधार असतो. चार-दोन वर्षे पुढे असलेल्या सहाध्यायी विद्यार्थ्यांचे भविष्य कसे घडते आहे याकडे त्यांचे लक्ष असते. त्यांच्या उदाहरणापासून बोध घेऊन ते आपले बेत आखीत असतात. शक्यता अजमावत असतात. विद्यार्थ्यांना एकमेकांची मदत व मार्गदर्शन होत असते. समाजजीवनामधून जातपातीचे उच्चाटन झालेले नाही असे जरी असले तरी, विद्यार्थ्यांचे असे जे गट तयार होतात ते पुष्कळदा संमिश्र असतात. विशेषतः महाविद्यालयाच्या पातळीवर. आपल्यासाठी जागा राखीव असतात, त्यांचा फायदा घेऊन आपण वैद्यक शाखेकडे जाऊ शकतो ही माहिती सहाध्यायी ज्येष्ठ विद्यार्थ्यांकडून, वा काही उदाहरणे डोळ्यांसमोर आल्याने कळली; आपल्या महाविद्यालयातून राखीव जागांचा लाभ घेऊन आपल्या पुढे असलेल्या ओळखीच्या विद्यार्थ्यांपैकी कोणी प्रवेश घेतलेला होता; आणि यामुळे आपल्याही मनात आले, असे डॉक्टरांच्या बोलण्यातून आले.

४.४. 'इतर मागासवर्गीयां'चे मागासलेपण

राखीव जागांचा लाभ मिळणाऱ्या जातिजमातींपैकी काही थोड्या जातिजमाती, विशेषतः 'इतर मागासवर्गीय' गटांमध्ये, अशा आहेत की ज्या पुढारलेल्या, वजनदार व साधनसंपत्तिवान आहेत. यांच्यातील अनेक कुटुंबांची परिस्थिती उच्चवर्णीय-उच्चवर्गीय कुटुंबांपेक्षा काही बाबतींत फार वेगळी नसते. पण एक-दोन महत्त्वाच्या बाबतींत मात्र फरक असतो. मुलांनी उच्च शिक्षण घ्यावे, इतकेच नाही तर डॉक्टर-इंजिनिअर वा तत्सम उच्च तांत्रिक शिक्षण घ्यावे अशी आकांक्षा पालकांच्या मनात जागी झालेली असते. तशी ती पाल्यांच्या ठायीही आढळते. आर्थिक अनुकूलता असते. फरक दोन बाबतींत आढळतो. शेती, व्यापार, दुकानदारी, कारागिरी अशा प्रकारचे उच्च शिक्षणाशी असंबंधित बिगरपांढरपेशा व्यवसाय पिढ्यान्‌पिढ्या करणारी ती कुटुंबे असतात. उच्च तांत्रिक शिक्षण घेऊन पांढरपेशा व्यवसायपेशा करणारे घरात कोणी नसते. अशा वेळी, अनेक वेळा जवळच्या नात्यात कोणीतरी जास्त शिकलेले असणे, शिक्षित पेशात वा चांगल्या नोकरीवर असणे, महत्त्वाचे ठरते. ते उदाहरण स्फूर्ती देते. पुष्कळ वेळा अशा व्यक्तीचे मार्गदर्शन व मदत होते.

अनुक्रमणिका





काही डॉक्टरांच्या मुलाखतींवरून ध्यानात आले, की महाराष्ट्रात ब्राह्मणी वर्चस्वाला व बौद्धिक अहंमन्यतेला प्रतिक्रिया म्हणून जी ब्राह्मणेतर चळवळ उत्पन्न झाली तिचा प्रभाव ह्यादेखील परिवर्तनाला चालना देणारा घटक आहे. ब्राह्मणी वर्चस्व व मक्तेदारी झुगारून देऊन राजकारणाची सूत्रे स्वतःच्या हाती घेण्याची जी आकांक्षा ब्राह्मणेतर चळवळीत दिसून आली तिचा हा एक स्वाभाविक असा विस्तार आहे. उच्च दर्जाच्या पांढरपेशा व्यवसायात प्रवेश करून आपणास ब्राह्मणी मक्तेदारीला शह द्यावयाचा आहे अशी भावना डॉक्टरी नोकरीपेशात पडल्यावरही अनेकांच्या मनात असल्याचे आढळले. 'बहुजनसमाजा'त स्वतःची गणना करणाऱ्या 'किसान-क्षत्रिय' जातिजमातींमध्ये हा प्रभाव खास आढळतो. 'इतर मागासवर्गीय' गटात ज्या इतर अनेक कारागिरी व्यवसायांतील वा अन्य कनिष्ठ गणल्या गेलेल्या जातींचा समावेश आहे त्यांच्या बाबतीत हा प्रभाव आढळत नाही.

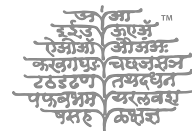
आई-वडील दोघेही उच्चशिक्षित आहेत, दोघेही वा एकजण उच्च दर्जाच्या पांढरपेशा नोकरी-व्यवसायात आहे अशी एकदा कौटुंबिक स्थिती प्राप्त झाली की निर्णायक फरक पडतो असे म्हणता येते. 'राखीव' जातिजमातीतले ते कुटुंब असले तरी घरातले अनुकूल वातावरण, उच्च तांत्रिक शिक्षण घेण्याच्या दृष्टीने मानसिक संस्कार व दबाव, मुलांच्या ठायीही लहान वयातच आकांक्षा जागृत होणे ही चाकोरी अशा कुटुंबांतही पडते, रुळते. या वाटेने जाऊन विशेष प्रकारचे प्रावीण्य व शिक्षण संपादन करावे म्हणून कोणत्या माध्यमाच्या व कोणत्या शाळेत मुलांना घालावे याचा विचार पालक करतात. इतकेच नाही तर, मुलांच्या शिक्षणाच्या दृष्टीने शक्यतोवर शैक्षणिक सोयी असलेल्या शहरात बिऱ्हाड करण्याचा त्यांचा प्रयत्न आढळतो. डॉक्टरांच्या मुलाखतींवरून याचा फार चांगला पडताळा मिळाला.

४.५. अनेकविध अडचणींचे दडपण

राखीव जागांच्या तरतुदींमुळे वैद्यकीय महाविद्यालयामध्ये प्रवेश मिळाला म्हणजे सारे प्रश्न संपतात असे नाही. आर्थिक व सामाजिक दृष्ट्या दुबळ्या परिस्थितीतून येणाऱ्या ग्रामीण विद्यार्थ्यांच्या अडचणी किती प्रकारच्या असतात याची खरी कल्पना मुलाखतींवरून आली. इतक्या मोठ्या शहरात व छाती दडपून टाकणाऱ्या मोठ्या संख्येत येण्याची अनेकांची ही पहिलीच वेळ असते. दलित-आदिवासी-भटक्या/विमुक्तांसाठी विनामूल्य जेवणखाण, निवास, कपडे-पुस्तके आदी खर्चाची व्यवस्था असलेले संत ज्ञानेश्वर वसतिगृह असले तरी सर्व विद्यार्थ्यांची तेथे सोय होते असे नाही. बै. जि. महाविद्यालयाच्या वसतिगृहातही प्रवेश हवा असलेल्या सर्वांना लगेचच तो मिळत नाही. आम्ही ज्यांच्या मुलाखती घेतल्या त्यांच्यापैकी अनेकांना एक टर्म ते एक वर्ष बाहेर व्यवस्था करून घ्यावी लागली होती. ज्यांची परिस्थिती गरिबीची होती त्यांना अशी व्यवस्था करून घेणे अडचणीचेही गेले आणि हालही बरेच सोसावे लागले. याचे एक कारण म्हणजे छात्रवृत्तीदेखील सहा महिन्यांनी हातात पडते. संत ज्ञानेश्वर वसतिगृह मिळाले की इतर विवंचना मिटतात, पण अभ्यासाच्या दृष्टीने संत ज्ञानेश्वरमधील व्यवस्था व वातावरण प्रतिकूलच असते.

वैद्यक अभ्यासक्रम आतापर्यंतच्या अभ्यासक्रमापेक्षा एकदम वेगळा असतो. राखीव जागांमधून प्रवेश घेणाऱ्यांपैकी, एखाद् दुसऱ्या विद्यार्थ्याचा अपवाद सोडल्यास, सर्वांना इंग्रजी माध्यमाचा मोठा अडथळा भरीला असतो. त्यातच हे विद्यार्थी आणि प्राध्यापक यांच्यातले अंतर स्थानिक महाविद्यालयातल्या तुलनेत पुष्कळच अधिक असते. वर्गात व्याख्यानपद्धतीने आपण जे शिकवतो ते विद्यार्थ्यांना समजते आहे की नाही, याची अनेक प्राध्यापकांना पर्वा असत नाही. राखीव जागांच्या तरतुदींमुळे एक विशेष प्रकारच्या गरजा असणारा विद्यार्थ्यांचा मोठा गट वर्गामध्ये आहे याची दखल बहुसंख्य प्राध्यापकांना नसते, वा दखल घेण्याची त्यांना इच्छा नसते असे मुलाखतींवरून स्पष्ट झाले.

व्यवस्थेतल्या अडचणी, अभ्यासक्रम व शिकवण्याच्या पद्धतीच्या संदर्भातील अडचणी, मोठ्या शहरातल्या अपरिचित व बुचकळ्यात पाडणाऱ्या वातावरणाचे दडपण, माध्यम-भाषेचा अडथळा या सगळ्यांच्या जोडीला राखीव तरतुदींचा लाभ घेऊन प्रवेश घेतल्यामुळे, खुल्या स्पर्धेतल्या मुलांच्या तुलनेने, स्वतःच्या मनातच उत्पन्न होणारी न्यूनगंडाची भावना असते. प्राध्यापक व 'मेरिट'वाले विद्यार्थी आपणास कमी लेखतात, 'यांना येथे वास्तविक प्रवेश द्यायलाच नको होता' असा भाव त्यांच्या मनात असतो, याचे भानही मनात जागते असते. सापेक्षतः 'इतर मागासवर्गीय' गटातून येणाऱ्या सुस्थितीतील आणि नागर





अनुक्रमणिका

राहणीच्या विद्यार्थ्यांची मने या ओझ्याखाली वाकलेली नसतात. 'इतर मागासवर्गीयां'मधील सामान्य परिस्थितीतील, ग्रामीण/अर्धग्रामीण व कनिष्ठ कारागिरी व्यावसायिक पार्श्वभूमीतून येणाऱ्या विद्यार्थ्यांच्या मनावर मात्र या सगळ्याचे ओझे असते.

प्रश्नावली भरून पाठविताना काही डॉक्टरांनी त्यांच्या काही प्रतिक्रियांद्वारा या अडचणी व त्यांमधून उत्पन्न होणारी मानसिक अवस्था यांचे कमीअधिक सूचन केले होते. पण मुलाखतींमुळे हा मुद्दा किती सार्वत्रिक व केवढा निर्णायक महत्त्वाचा आहे ही गोष्ट लक्षात आली. तुरळक अपवाद सोडल्यास, जवळपास प्रत्येक राखीव विद्यार्थ्यास स्वतःच्या भरवशावर वा सहाध्यायी विद्यार्थी-मित्रांच्या मदतीने ही चढण पार करून जावी लागते.

४·६. 'राखीव' विद्यार्थ्यांची मानसिकता

राखीव जागांमधून प्रवेश घेणारे विद्यार्थी पदवीदेखील आपणांस अभ्यास कमी करूनही राखीव पद्धतीने मिळेल असे गृहीत धरतात व म्हणून अभ्यास करण्याचे कष्ट घेत नाहीत, असे राखीव जागाविरोधकांचे एक म्हणणे असते. या आशयाच्या विधानाला प्रश्नावली भरून पाठविताना, राखीव पद्धतीने पदवी मिळते असा कोणाचा समज नसतो ही गोष्ट स्पष्ट करीत असतानाच, परिश्रमपूर्वक अभ्यास करणाऱ्यांची संख्या मात्र कमी असते या म्हणण्यास अनेकांनी सखेद मान्यता दर्शविली होती. काही जणांच्या प्रतिक्रियांमधून या वस्तुस्थितीमागील कारणेही स्पष्ट होत होती. या मुद्द्यावर मुलाखतींच्या ओघात बराच प्रकाश पडला. वैद्यक शाखेस आपणांस प्रवेश मिळाल्याने हुरळून जाणे, मोठ्या शहरांत समवयस्क तरुण मंडळींसोबत राहण्याची मोकळीक मिळाल्यावर शहरातील आकर्षणांना बळी पडणे यांसारख्या गोष्टी घडत असल्या तरी, सारे आयुष्य बदलून टाकण्याची मिळालेली ही संधी आहे व हिचा पुरेपूर फायदा घेतला पाहिजे याचेही भान असते. नापास झाल्यास छात्रवृत्ती बंद होते, दोन वेळा नापास झाल्यास फी-माफीची सवलत पण रद्द होते, वसतिगृह सोडावे लागते, या गोष्टी माहीत असल्याने आपण अभ्यास केला पाहिजे याची जाणीव पण असते. पण अनेकांच्या सांगण्यावरून असे लक्षात आले की व्याख्याने समजत नाहीत, पुस्तके फार जड जातात, आपण मागे पडत आहोत असे लक्षात आल्यावर काही विद्यार्थ्यांच्या मनावर सावट येते, उमेद खचल्यासारखी होते. विशेषतः चाचण्यांमध्ये, परीक्षांमध्ये नापास झाल्यास त्यावर शिक्कामोर्तब झाल्यासारखे होते. असे मानस घेऊनच ते अभ्यासक्रम पुरा करतात. यामुळे खेपा जास्त होतात, वर्षे जास्त लागतात, हे खरे; पण अभ्यासक्रम पुरा करतात याचाच अर्थ ते नेटाने अभ्यास करतात असाही होतो. काही विद्यार्थी, आपली कोंडी होऊ द्यायची नाही असे ठरवून जिद्दीने भाषेच्या अडचणीवर मात करून विषयावर आपली पकड जमवितात.

अनेकांच्या सांगण्यावरून स्पष्ट झाले की फर्स्ट एम. बी. बी. एस. हा टप्पा महत्त्वाचा असतो. नवख्या तरुण विद्यार्थ्यांना मदतीची, मार्गदर्शनाची गरज सर्वांत जास्त असते. नेमक्या या टप्प्यावर, आणि त्यातही आरंभीचे सहा महिने/एक वर्ष विद्यार्थ्यांची अवस्था वाऱ्यावर सोडून दिल्यासारखी सर्वांत जास्त असते. महाविद्यालयातर्फे राखीव विद्यार्थ्यांसाठी / अभ्यासात मागे पडलेल्यांसाठी जादा वर्ग अधूनमधून पूर्वी घेतले गेले आहेत. तसेच काही प्राध्यापक वेळोवेळी विद्यार्थ्यांना मदत व मार्गदर्शन करीत आलेले आहेत. महाविद्यालयाच्या वतीने औपचारिक पातळीवरून केल्या गेलेल्या प्रयत्नांना राखीव विद्यार्थ्यांकडून फारसा प्रतिसाद मिळत नव्हता असे मुलाखतींवरून लक्षात आले. राखीव म्हणून वेगळे पाडून आपल्याला हिणविण्याचाच हा आणखी एक प्रकार आहे अशी विद्यार्थ्यांची भावना झाल्याने प्रतिसाद मिळाला नाही. त्याच वेळी प्राध्यापकांच्या स्वयंस्फूर्त व्यक्तिगत प्रयत्नांमुळे फायदा झाला असे कृतज्ञभावाने म्हणणारे डॉक्टर भेटले.

राखीव जागांची तरतूद केल्यावर, तिचा लाभ घेऊन प्रवेश घेणारे विद्यार्थी कोणकोणत्या बाबतींत 'मेरिट'वाल्या विद्यार्थ्यांपेक्षा वेगळे असणे स्वाभाविक आहे, त्यांच्या वैशिष्ट्यपूर्ण गरजा काय आहेत, या संधीचा उत्तम प्रकारे लाभ त्यांना घेता यावा या दृष्टीने कोणत्या प्रकारची व्यवस्था करण्याची आवश्यकता आहे या गोष्टींचा विचार कोणत्याच पातळीवर केला गेलेला नाही. याला अपवाद म्हणजे, दलित-आदिवासी-भटके/विमुक्त यांच्यासाठी विनामूल्य सर्व व्यवस्था असलेली संत ज्ञानेश्वर वसतिगृहाची सोय हा होय. पण अभ्यास चांगला होण्याच्या दृष्टीने हे वसतिगृह उपयोगाचे नाही असेच मत ऐकावयास मिळाले. शिवाय या वसतिगृहातही सर्वांची सोय होत नाहीच. राखीव जागा,

छात्रवृत्ती, संत ज्ञानेश्वर वसतिगृहातील सोयी यांचे अपुरेपण मुलाखतींच्या योगे स्पष्टपणे समोर आले.

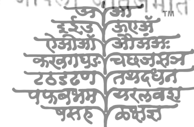
४.७. राखीव जागा आणि महाविद्यालयातील वातावरण

राखीव जागांच्या मुद्द्यावरून समाजात ताणतणाव वाढलेला आहे ही एक वस्तुस्थिती आहे. वैद्यकीय महाविद्यालयात शिकत असताना तेथील वातावरण कसे असते, खुल्या स्पर्धेतल्या विद्यार्थ्यांची, प्राध्यापकांची वागणूक कशी असते, राखीव जागांवरून वाद होतात का, होत असले तर युक्तिवाद कोणते केले जातात, मैत्री कोणाशी होते इत्यादींचा मागोवा प्रश्नावलीच्या आधारे घेण्याचा प्रयत्न केला होता. प्रश्नावलींद्वारा गोळा झालेल्या माहितीमधून एक चित्र उभे राहिले होतेच. पण ते काहीसे गोंधळात टाकणारे व असमाधानकारकही होते. मुलाखतींमुळे स्पष्ट समज आली.

राखीव जागा असाव्यात/नसाव्यात, त्यांच्यामुळे अन्याय कितपत व कोणावर होतो, राखीव जागांचा लाभ घेऊन प्रवेश घेणारे पात्र असतात की नाही, अशा साऱ्या मुद्द्यांवरची मते ही कॉलेजच्या बाहेरच, एका वेगळ्या सामाजिक प्रक्रियेद्वारा घडत असतात. आपण साधारणपणे असे म्हणू शकतो की, राखीव जागांमुळे खऱ्या लायक व गुणवान मुलांची संधी हिरावून घेतली जाते, समाजाचे नुकसान होते, राखीव विद्यार्थी अगदी कमी गुण मिळवून प्रवेश घेतात, त्यांची पात्रता शंकास्पदच असते, या प्रकारची ठाम मते बरोबर घेऊनच खुल्या स्पर्धेतले बहुसंख्य विद्यार्थी प्रवेश घेतात. 'इतर मागासवर्गीयां'मधील विद्यार्थी स्वतः राखीव जागांच्या तरतुदींचा लाभ घेतात. तरी पण त्यांच्यापैकी बहुतेकजण दलित-आदिवासी-भटके/विमुक्त यांच्यासाठी ठेवलेल्या राखीव जागांच्या बाबतीत उच्चवर्णीय-वर्गीयांसारखीच मते बाळगताना आढळतात. ब्राह्मणी 'वर्चस्व व मक्तेदारी'च्या संदर्भात स्वतःसाठी राखीव जागा समर्थनीय आहेत असे वाटत असतानाच, हुशारी व पात्रता नसताना इतर गटांसाठी राखीव जागा ठेवणे त्यांना अन्यायकारक वाटत असते. अशी ठाम मते घेऊन प्रवेश मिळवीत असतानाच, राखीव पद्धतीने अनेक विद्यार्थी प्रवेश घेऊन आलेले आहेत हे वास्तव त्यांनी स्वीकारलेले असते.

खुल्या स्पर्धेतले व राखीवांमधील दलित-आदिवासी-भटके/विमुक्त यांचे वेगवेगळे संघटित गट असतात असे मानणे चूक होईल. त्यातल्या त्यात दलितांमधील महार-नवबौद्ध विद्यार्थ्यांचा संघटित गट असतो असे दिसते. याचे श्रेय बऱ्याच अंशी आंबेडकरी चळवळीला द्यायला हवे. 'हे राखीव जागावाले' म्हणून दुराव्याने पाहिले जाते; पण संघटितपणे व सतत विरोधाची भूमिका कोणीच घेत नाही. त्याचबरोबर पुणे शहरात राहून महाविद्यालयात येणारे व वसतिगृहात राहणारे यांचे गट वेगळे पडतात, जिल्हावार विद्यार्थ्यांचे गट बनण्याकडे कल आढळतो, असे सांगितले गेले. मुलाखतींवरून लक्षात आले की, कॉलेज सुरू झाल्यावर काही महिन्यांमध्ये मैत्रीच्या आधारावर विद्यार्थ्यांची लहान लहान टोळकी तयार होतात, आणि सामान्यतः पुढची चार-साडेचार वर्षे स्वतःच्या टोळक्यातल्या विद्यार्थ्यांशीच खरा संबंध येत असतो. स्नेहसंमेलन, विविध स्पर्धा, निवडणुका, आणि तत्सम इतर प्रसंग अशा वेळीच मोठे गट संघटित होतात, वादावादी होते, वातावरण तापते. राखीव जागा हा अशा बहुतेक प्रसंगी वादविषय नसतो. जवळचे मित्र स्वतःच्या जातीतलेच वा जातगटातीलच असतात असे चित्र आढळत नाही असे प्रश्नावलीवरून स्पष्ट झाले होते. तरीपण दलित, आदिवासी या दोन गटांमधील विद्यार्थ्यांची मैत्री 'इतर मागासवर्गीय' व खुल्या स्पर्धेतल्या विद्यार्थ्यांशी सहजपणे घडून येत नाही. मात्र सवर्ण, उच्चवर्णीय विद्यार्थ्यांमध्ये मिसळण्याइतका धीटपणा, नागर चालचलणूक, रंगरूपाचा अनुकूलपणा असला तर अशी मैत्री होऊ शकते. पण सामान्यतः आर्थिक ओढगस्त, स्वतःविषयीचा न्यूनगंड, सांस्कृतिक 'मागासले'पण, रंगरूप इत्यादींमुळे मागे मागे व दूर दूर राहणारे विद्यार्थी एकमेकांचा आधार शोधतात व आपला आपला गट करतात.

केवळ एक सोय म्हणून ज्यांनी राखीव जागांच्या तरतुदीचा उपयोग करून घेतलेला असतो, पण जे वास्तवात पुढारलेल्या कुटुंबांमधून आलेले असतात, ते विद्यार्थी आपले राखीवपण प्रवेश मिळाल्या क्षणापासून विसरून जातात. दलित, आदिवासी भटक्या/विमुक्तांपैकी काहींना आपली जातपात लपविता येणे शक्य असते. अशांपैकी बऱ्याच जणांचा तसा प्रयत्न असतो. याचा अर्थ असा की, राखीव जागांमधून प्रवेश घेतला आहे अशी आपली ओळख असण्यात विद्यार्थ्याला कमीपणा वाटावा असे एक वातावरण कॉलेजात कायम टिकून असते. पण सर्वांनाच आपली जातजमात वा राखीवपण


मराठीचा विकास: महाराष्ट्राचा विकास



अनुक्रमणिका

लपविता येत नाही. त्यांच्यापैकी काही आक्रमक पवित्रा घेतात, विद्यार्थिसंघटना बांधून, हक्कांसाठी जागरूक राहून प्रसंगी संघर्षाची भूमिका घेतात. इतर अनेक-जण आपापल्या लहान लहान वर्तुळात राहून परि-स्थितीशी जुळवून घेत, अभ्यासक्रम पुरा करण्याच्या मागे असतात. बऱ्याच अंशी ते 'अदृश्य'च राहतात.

राखीव जागांवरूनचे पूर्वग्रह व मते ठाम व आग्रही असली तरी, कॉलेजमधले वातावरण थंड असते आणि व्यवहार सुरळीतपणे चाललेले असतात. 'वादे वादे जायते तत्त्वबोध:' असे काही घडत नाही. प्रसंगाने कधी वाद झालाच तर, पूर्वग्रह व ठाम मते यांच्या चौकटीतच वाद चालत असावेत असे लक्षात येते. एक प्रकारे ही एक बौद्धिक चकमक असते. मुलाखतींच्या ओघात दोन वेळेस आम्हास असा अनुभव आला की, प्रत्यक्ष व्यवसायात पडल्यावर देखील, राखीव जागां-मधून प्रवेश घेऊन डॉक्टर झालेली व्यक्ती मित्र असतानाही, त्याची डॉक्टर म्हणून गुणवत्ता स्पष्ट असतानाही, पूर्वग्रह व मते तीच ठाम राहतात.

४.८. वैद्यकीय परीक्षांची वस्तुनिष्ठता

एम. बी. बी. एस. परीक्षेमध्ये तोंडी परीक्षेस बरेच अधिक महत्त्व असते. तोंडी परीक्षेत इंग्रजी भाषेत बऱ्यापैकी अभिव्यक्ती करता येणे, हजरजबाबीपणा, चुणचुणीत व्यक्तिमत्त्व यांसारख्या घटकांना महत्त्व प्राप्त होते. ही परीक्षा त्यामुळे परीक्षकांच्या वृत्तीवर, पूर्वग्रहांवर व मतांवर अवलंबून असते. राखीव जागां-मधून आलेल्या विद्यार्थ्यांविरुद्ध पक्षपात करण्याचे परीक्षकांनी पक्के ठरविलेले असते असा अनुभव अस-ल्याचे द/मा डॉक्टरांच्या बोलण्यात आले नाही. पण, त्याच वेळी, डॉक्टरी व्यवसाय करणे हे शेती, व्यापार, बलुतेदारी व अन्य कारागिरी व्यवसाय, मजुरी अशा व्यवसायांमधील जातिजमातींतील विद्यार्थ्यांचे काम नाही अशी भावना अनेक परीक्षकांच्या मनात असते. त्यांच्या शेऱ्यांमधून, वागणुकीमधून ती प्रकट होत राहते असे अनेक डॉक्टरांनी सांगितले.

तोंडी परीक्षेचे दडपण खुल्या स्पर्धेतल्या विद्यार्थ्यां-वरही काही प्रमाणात असते. बाकी सारी परीक्षा चांगली केली असली तरी परीक्षा पास होणे न होणे शेवटी तोंडी परीक्षेवर व पर्यायाने परीक्षकांवर अव-लंबून आहे याचे ते दडपण असते. 'राखीव' विद्यार्थ्यांच्या मनावर याच्या जोडीला, इंग्रजी भाषेत संभाषण करण्या-तली अडचण, जातपातींच्या संस्कारांमुळे स्वत:विषयीचा खोलवर रुजलेला न्यूनगंड, आर्थिक-सामाजिक दुबळेपणा व मागासलेपण यांच्यातून येणारा बुजरेपणा यांचे मोठे दडपण असते. मुलाखतींच्या ओघात डॉक्टरांनी दिलेल्या स्पष्टीकरणांवरून असे दिसते की याची किंमत या विद्यार्थ्यांना द्यावी लागते.

'राखीव' विद्यार्थ्यांना ढकलून पास केले जाते या प्रवादात तथ्य नाही हे स्पष्ट आहे. उलटपक्षी, बहुसंख्य परीक्षकांची धारणा मुळात प्रतिकूल असल्याने, समोरच्या विद्यार्थ्यास किमान समाधानकारक प्रमाणात तरी विषय समजलेला आहे की नाही व व्यवसाय करण्याची पात्रता आहे की नाही ही गोष्ट तोंडी परीक्षेत तावून-सुलाखून पाहण्याकडेच जास्त कल असणार. पक्षपात जो काही होतो तो आमच्या बाजूने होत नाही; ज्यांचे लागेबांधे वरपर्यंत असतात वा जे प्राध्यापकांशी चांगले संबंध प्रस्थापित करून असतात त्यांना फायदा मिळतो, या द/मा डॉक्टरांच्या म्हणण्यात अधिक तथ्य आहे.

मुलाखतींमधून वेगळीच गोष्ट प्रकर्षाने मनावर ठसली. परीक्षेविषयी अंदरकी बात ज्यांना माहीत आहे ते डॉक्टर थर्ड एम. बी. बी. एस. परीक्षेविषयी फारशा गांभीर्याने वा आदराने बोलत नाहीत असे आढळले. ही परीक्षा चोखपणे पार पाडली जाते असे दिसत नाही. प्रॅक्टिकलला काय केसेस आहेत ते जवळपास सर्वांना आधी माहीतच असते. परीक्षकांविषयी फार आदर असतो असे नाही. परीक्षकांच्या हाती आपली शेंडी आहे हे अर्थातच माहीत असते. थर्डच्या परीक्षेच्या वेळी खरी धडपड असते ती परीक्षेचा अडथळा यशस्वीपणे पार करण्यावर. मात्र, खुल्या स्पर्धेतल्या विद्यार्थ्यांपैकी ज्यांना पदव्युत्तर अभ्यासक्रम करावयाचे असतात, त्यातही ज्यांना विशिष्ट शाखांमध्ये पदव्युत्तर शिक्षण घ्यावयाचे असते त्यांच्या दृष्टीने उच्च कोटीचे गुण मिळविणे महत्त्वाचे असते. अलीकडच्या काळात विशेष अभ्यासाच्या शाखांमध्ये वाढ झाली आहे. आणि विशेषज्ञ बनण्याचे 'व्यावसायिक दडपण'ही वाढले आहे. प्रॅक्टिसमध्ये भरपूर कमाई करावयाची असेल तर कन्सल्टंट प्रॅक्टिस करता आली पाहिजे. सरकारी नोकरीतही वरिष्ठ पदांवर काम करण्याची संधी मिळण्याच्या दृष्टीने पदव्युत्तर शिक्षण आवश्यक ठरत

आहे. पदव्युत्तर शिक्षण घेता येण्यासाठी, आवश्यक तेवढे गुण मिळविण्यासाठी स्वतःच्या हुशारीवर, अभ्यासावर विसंबून ज्यांना राहता येत नाही असे बरेच विद्यार्थी खुल्या स्पर्धेच्या गटांत असतात असे दिसते. मुलाखत घेतलेल्या बहुतेक डॉक्टरांचे म्हणणे पडले की परीक्षकांशी लागेबांधे जुळवून, निरोप पाठवून पुरेसे गुण मिळतील अशी व्यवस्था केली जाते. असे विद्यार्थी कोण ते एक प्रकारे सहाध्यायी विद्यार्थ्यांना माहीत असते. या कारणाने परीक्षेची वस्तुनिष्ठता या डॉक्टरांना अमान्यच होती.

राखीव जागांमधून येणाऱ्या विद्यार्थ्यांसाठी पदव्युत्तर पातळीवरही ३४% जागा राखीव असतात. दरवर्षी एम. बी. बी. एस. परीक्षा उत्तीर्ण होणाऱ्या द/मा विद्यार्थ्यांची, विशेषतः दलित-आदिवासी-भटके/विमुक्त विद्यार्थ्यांची संख्या कमीच असते. त्यांतही पदव्युत्तर अभ्यासक्रम घेण्यास पात्र असलेल्या विद्यार्थ्यांची संख्या आणखीच कमी असते. त्यामुळे 'इतर मागासवर्गीय' सोडून इतर राखीव गटांतील जे विद्यार्थी परीक्षा पास होतात व पदव्युत्तर शिक्षण घेण्यास पात्र असतात त्या जवळपास सर्वांना एक ना एक पदव्युत्तर अभ्यासक्रम करता येतो. या कारणाने राखीव विद्यार्थ्यांमध्ये स्पर्धा या टप्प्यावर म्हणण्यासारखी असत नाही.

वैद्यकीय परीक्षांच्या संदर्भात 'मर्सी अटेम्ट' नावाचा एक प्रकार असल्याचे बोलले जाते. जागा राखीव ठेवल्या जायल्या लागल्या त्याआधीपासूनची ही प्रथा आहे. यासंबंधी आम्ही मुलाखतींच्या वेळी प्रश्न विचारीत असू. याचे एकच एक स्पष्टीकरण मिळाले नाही. काठावर का होईना पण पास करण्याइतके ज्ञान आहे, पण काही ना काही कारणांनी परीक्षेत अडकून राहणाऱ्या विद्यार्थ्यांच्या बाबतीत उदार दृष्टिकोण स्वीकारून त्याला सोपी केस देणे, प्रश्न सोपे विचारणे, उत्तराचे सूचन करणे, आणि अशा रीतीने परीक्षा पास होणे अधिकात अधिक सोपे करणे हा मार्ग परीक्षक अवलंबतात असा साधारण खुलासा झाला. पण अशाही विद्यार्थ्याला रोजची सर्वसाधारण प्रॅक्टिस वा नोकरी करण्याच्या दृष्टीने पुरेसे ज्ञान प्राप्त झालेले असते असे डॉक्टरांचे मत पडले.

४.९. राखीव जागा आणि पदव्युत्तर शिक्षण

पदव्युत्तर अभ्यासक्रमात प्रवेश मिळविण्यासाठी, त्यातही हव्या त्या शाखेत प्रवेश मिळविण्यासाठी, वशिला वा वजन नसलेल्या खुल्या स्पर्धेतल्या विद्यार्थ्यांना अतिशय परिश्रम करावे लागतात. असे परिश्रम केल्यानंतरही, पुष्कळदा, पदव्युत्तर पातळीवरही जागा राखीव असल्याने, तुलनेने बरेच कमी गुण मिळालेल्या द/मा विद्यार्थ्यास विशिष्ट शाखेत प्रवेश मिळून जातो व खुल्या स्पर्धेतल्या विद्यार्थ्यास निराश व्हावे लागते.* 'तुमच्यासारखा मरमर अभ्यास करायला नको, परीक्षा पास झालो की आमची पदव्युत्तर जागा आम्हाला मिळणारच' अशी वृत्ती दलित-आदिवासी-भटक्या/विमुक्तांच्या ठायी आढळते, क्वचित तसे बोलूनही दाखवले जाते, असे सांगण्यात आले. यामुळे पदव्युत्तर अभ्यासक्रमांच्या प्रवेशाच्या वेळी राखीव जागांवरून जास्त कडवटपणा निर्माण होतो आणि तो बराचसा टिकून राहतो असे डॉक्टरांच्या बोलण्यावरून ध्यानात आले.

एका गोष्टीने यात भर पडते. पदव्युत्तर विद्यार्थ्यांचे वेगवेगळ्या प्राध्यापकांच्या युनिटमध्ये वाटप होत असते. डॉक्टरांच्या बोलण्यावरून असे समजले की बरेच प्राध्यापक 'आपल्याला राखीव विद्यार्थी नको' असे म्हणणारे असतात. खास नावाजलेली, प्रतिष्ठेची मानली जाणारी युनिट्स मिळावीत यासाठी विद्यार्थ्यांची धडपड असते, आणि हुशार विद्यार्थी आपल्या युनिटमध्ये घ्यायला प्राध्यापकही उत्सुक असतात. हुशार विद्यार्थ्यांना नको असलेल्या 'गार्ड' युनिटमध्ये राखीव विद्यार्थ्यांची रवानगी करण्याची प्रथाच पडलेली होती असे दिसते. याविरुद्ध राखीव विद्यार्थ्यांना स्वतःच्या हक्कांसाठी झगडावे लागले. यातून अधिक समान व न्याय्य अशी व्यक्तिनिरपेक्ष पद्धत अलीकडे अवलंबिली जाऊ लागली आहे. या पातळीवर युनिटमध्ये प्राध्यापक व विद्यार्थी यांच्यात

* 'केवळ विद्यार्थी' (प्युअर पी. जी.) असा एक प्रकार या टप्प्यावर असतो. या विद्यार्थ्यांना इस्पितळामध्ये निवासी डॉक्टर म्हणून नेमणूक मिळत नाही. यामुळे त्यांना विद्यावेतनपण मिळत नाही व वॉर्डामध्ये रुग्णांना औषधपाणी करण्याचा अनुभवपण मिळत नाही; लांबून निरीक्षण करण्यावर त्यांना भागवावे लागते. पदव्युत्तर टप्प्यावर स्वतःच्या जबाबदारीवर रुग्णांचे औषधपाणी करण्याचा अनुभव मिळण्याच्या दृष्टीने निवासी डॉक्टर म्हणून प्रवेश मिळणे महत्त्वाचे असते.

अनुक्रमणिका

साक्षात व नित्याचा घनिष्ठ संबंध असतो. पदव्युत्तर विद्यार्थ्यांमध्येही परस्परांमध्ये अटळपणे घनिष्ठ संबंध येतो. जातपातीवरून, राखीवपणावरून आपणास विषम वागणूक दिली जाते, पूर्वग्रह बाळगून दूर ठेवले जाते, डावलले जाते असा अनुभव पदव्युत्तर पातळीवर रोजच येण्याची शक्यता पुष्कळ अधिक असते. त्याचबरोबर, या काळात जी वेगवेगळी सवेतन पदे (रजिस्ट्रार, अधिव्याख्याता, आदी) मिळू शकतात, ती मिळाल्यास आर्थिक लाभ असतो व प्रतिष्ठा व अधिकारही मिळतात. राखीव तत्त्वांचा व तरतुदींचा पुरेपूर लाभ उठविण्यावर द/मा डॉक्टरांचा कटाक्ष राहात असला तर नवल नाही. हुशारीत कमी असूनही, पदव्युत्तर अभ्यासक्रम पूर्ण करण्यास अधिक काळ लागूनही, राखीव जागावाले अधिक फायद्यात राहतात अशी भावना खुल्या स्पर्धेतल्या विद्यार्थ्यांमध्ये निर्माण होण्याची शक्यता ध्यानात आली. यामुळे एम. बी. बी. एस.च्या टप्प्यावर आढळत नाही इतके ताणतणावाचे वातावरण व संबंध पदव्युत्तर टप्प्यावर राहात असावेत असा ठसा मुलाखतींमुळे मनावर उमटला.

पण, दुसऱ्या बाजूला, पदव्युत्तर शिक्षणाच्या काळात राखीव जागांमधून आलेल्या विद्यार्थ्यांना आपली हुशारी व कसब प्रकट करण्याची संधीपण मिळते. काही निवासी रुग्णांची जबाबदारी त्यांच्यावर असते. त्यांनाही स्वतंत्र व्यवसाय करण्याइतके ज्ञान व नैपुण्य प्राप्त करण्याची आकांक्षा असते. गुणवत्ता वाढविण्यासाठी त्यांच्याकडूनही कसून प्रयत्न केला जातो. धीटपणे पुढाकार घेतला जातो. त्यामुळे अनेक द/मा डॉक्टर या टप्प्यावर चमकतात. त्यांच्या वरिष्ठ प्राध्यापकांच्या लक्षात राहण्याइतके चांगले काम करून जातात. द/मा डॉक्टरांच्या तुल्यबल, प्रसंगी वरचढ नैपुण्याच्या या साक्षात अनुभवामुळे पूर्वग्रह दूर होण्यास, मने उदार बनण्यास काही मदत निश्चितच होत असली पाहिजे.

एम. बी. बी. एस. ची परीक्षा पास झालेल्या विद्यार्थ्यास रुग्णांचे औषधपाणी करण्याचा प्रत्यक्ष अनुभव जवळपास मिळालेला नसतो. विद्यार्थी असल्याने त्यांच्यावर जबाबदारी नसते. रुग्णांची तपासणी करणे, केस हिस्टरी घेणे, त्यांचे निदान काय झालेय, त्यांना काय औषधपाणी दिले जात आहे याची माहिती घेणे, आणि प्रसंगी बारीकसारीक मदत करीत काही गोष्टी शिकणे या बाबतीत धिटाईने पुढाकार घेणाऱ्या विद्यार्थ्यांना बराच वाव असतो. पण बुजरेपणामुळे, हसे होईल या भीतीने आपण क्लिनिकच्या वेळी मागे मागे राहात असू, दांड्या मारीत असू असे काही डॉक्टरांनी स्वतःच्या संदर्भात सांगितले. काही प्रमाणात हा बुजरेपणा स्वतःमधून दूर केल्याखेरीज तोंडी परीक्षेमध्ये टिकाव लागत नाही व केस तपासायची, निदान करण्याची, त्याची कारणमीमांसा करायची थोडीफार तरी सवय केल्याशिवाय परीक्षा पास होणे शक्य नसते. सामान्यतः असे म्हणता येईल की बुजरेपणा, बोलण्याच्या कौशल्याची उणीव, आत्मविश्वासाचा अभाव यांमुळे खुल्या स्पर्धेतल्या विद्यार्थ्यांच्या तुलनेने बऱ्याच अधिक प्रमाणात द/मा विद्यार्थ्यांना एम. बी. बी. एस. झाल्यावरही स्वतःच्या क्षमतेविषयी खात्री नसते. मात्र वर्षभराच्या इंटर्नशिपच्या काळात केंद्र चांगले मिळाल्यास आणि विद्यार्थ्याने स्वतः रस घेतल्यास त्याला रुग्णांच्या आजाराचे निदान करण्याचा व औषधपाणी करण्याचा बराच अनुभव साहाय्यक म्हणून काम करता करता गाठी बांधता येतो.

४·१०. नोकरी की प्रॅक्टिस ? निर्णयप्रक्रिया

नोकरी धरावयाची की सरळ प्रॅक्टिस सुरू करावयाची हे कसे ठरते, ही गोष्ट जाणून घेण्याचा विशेष प्रयत्न मुलाखतींच्या ओघात आम्ही केला. एम. बी. बी. एस. पर्यंतच शिक्षण घेऊन (व्यवसायात उतरणाऱ्या) खुल्या स्पर्धेतल्या तसेच 'इतर मागासवर्गीयां'मधील अनेकांना दोन-तीन प्रकारची अनुकूलता असते. स्वतंत्र प्रॅक्टिस सुरू करावयाची म्हटले तर पैशाची जुळवाजुळव करण्याची घरच्यांची कुवत असते. डॉक्टर झालेल्या मुलाला/मुलीला स्वतःच त्याची सारी चिंता करावी लागत नाही. तसेच, अशा कुटुंबाला त्या गावात, पेठेत प्रथमपासून एक स्थान व मान्यता असते, संबंध असतात. या गोष्टीचा आधार वाटतो. तिसरी गोष्ट, प्रॅक्टिसचा जम बसायला चार-दोन वर्षे लागली तरी, कुटुंब त्याच्या पोटापाण्याची हमी घेऊ शकते. या प्रकारची अनुकूलता नसलेले खुल्या स्पर्धेतले डॉक्टर आजच्या घडीला किती असतील ? अपवादभूतच असतील. 'इतर मागासवर्गीयां'मधील बऱ्याच, भटक्या/विमुक्तांमधील काही व दलित-आदिवासींपैकी अपवादभूत डॉक्टरांना या प्रकारची कौटुंबिक अनुकूलता होती असे आजच्या मुलाखतींच्या आधारे म्हणता येईल. अशा





प्रकारची अनुकूलता नसताही सरळ स्वतंत्र प्रॅक्टिस सुरू करावयास स्वतःमध्ये जबर आत्मविश्वास व धोका पत्करण्याची हिंमत लागते. अशी उदाहरणे अपवादभूतच आढळावीत याचे आश्चर्य वाटू नये. पण आमच्या नमुना-गटातही असे डॉक्टर आम्हाला मिळाले. काहींच्या बाबतीत थोडी अनुकूलता व थोडा योगायोग जुळून आल्याने सरळ स्वतंत्र प्रॅक्टिस त्यांना सुरू करता आल्याचे आढळले.

राखीव जागांमधून प्रवेश घेणारे सर्वजण ग्रामीण भागातले असत नाहीत. पुष्कळजण लहान-मोठ्या शहरांमधूनच आलेले असतात. पण जे ग्रामीण भागातून आलेले असतात त्यांचीही इच्छा खेड्यात जाऊन प्रॅक्टिस करण्याची नसते. मुलाखतींच्या ओघात यामागचे मानस स्पष्ट झाले. खेड्यात राहिल्यास, कितीही सोयी करून घ्यावयाच्या म्हटल्या तरी, खेडवळ जीवनशैली पत्करावी लागते. स्वतःचा बंगला, मोटारगाडी व वारंवार शहरात जाण्याइतके उत्पन्न या गोष्टी साध्य होईतो तरी. खेडवळ जीवनाकडे डॉक्टरांना परत जाण्याची इच्छा नसते. त्यातही, आपल्या मुलांना प्रथमपासून नागर वळण मिळावे, त्यांचे शिक्षण चांगल्या शाळेत व्हावे, शहरी मुलांसमोर स्वतःसारखा त्यांना न्यूनगंड उत्पन्न होऊ नये यांविषयी निरपवादपणे सर्व डॉक्टरांचा आग्रह आढळला. बहुतेक डॉक्टरांच्या पत्नी सापेक्षतः अधिक सुस्थितीतल्या, पांढरपेशा व शहरी कुटुंबांमधून आलेल्या आम्हाला आढळल्या. या गोष्टीचाही प्रभाव शहरात प्रॅक्टिस करावी या दिशेनेच पडणार हे उघड आहे.

पण शहरात वा शहराच्या परिसीमेवर प्रॅक्टिस सुरू करावयाची तर स्पर्धेला तोंड द्यायला हवे आणि भांडवली गुंतवणूकपण पुष्कळ अधिक करावयास हवी. स्पर्धेत आपण टिकू शकू की नाही, प्रॅक्टिसचा जम बसतो की नाही हे कळेपर्यंत जो काळ लागेल त्या काळात निश्चित उत्पन्नाचे दुसरे साधन असण्याचे महत्त्व बहुसंख्य डॉक्टरांना वाटत असले तर ती गोष्ट स्वाभाविक आहे. प्रथम सरकारी/निमसरकारी नोकरी धरावयाची; ती करीत असताना थोडा पैसाही साठवायचा आणि प्रॅक्टिसच्या दृष्टीने योग्य ठिकाण कोणते होईल ते ठरवावयाचे; शहराच्या जवळपास वा शहराच्या ठिकाणी बदली करून घ्यायची; आणि नोकरी करता करता दुसरीकडे प्रॅक्टिस सुरू करावयाची ही नीती डॉक्टर अवलंबतात असे आढळले. वाढत्या शहरांच्या परिसीमांवरील उपनगरी वस्त्या वा शहरांशी नोकरी-व्यवसायांमुळे जोडली जाणारी गावे वा शहरांजवळील विविध स्वरूपाच्या मोठ्या औद्योगिक केंद्रांजवळची गावे वा शहरात राहून जाऊन-येऊन प्रॅक्टिस करता येईल अशी मोठी गावे प्रॅक्टिससाठी निवडण्याकडे स्वाभाविक कल आढळला.

मुलाखतींच्या ओघात आम्हाला असेही आढळले की, पंधरा-वीस वर्षांपूर्वीपर्यंत तालुक्यांच्या लहान गावांपर्यंत उच्चवर्णीय-वर्गीय एम. बी. एस. डॉक्टर पोचलेले नव्हते. बऱ्याच तालुक्यांची गावे ही त्या काळी आजच्या तुलनेने पुष्कळ लहान होती, ही गोष्टही लक्षात घेतली पाहिजे. अशा तालुक्याच्या लहान गावी प्रॅक्टिससाठी जाणे या थरातील एम. बी. बी. एस. डॉक्टरला कमीपणाचे वाटत होते. उत्पन्नही चांगले मिळेल की नाही याविषयी मनात शंका राही. आज याच कारणांनी खेडेगावांमध्ये प्रॅक्टिससाठी जाण्यात राखीव गटांतील एम. बी. बी. एस. डॉक्टरला कमीपणा वाटतो.

अंतर्भागातील खेडेगावी प्राथमिक आरोग्य केंद्रावर सामान्यतः प्रथम नेमणूक होते. प्रॅक्टिस सुरू करण्यामधला पहिला टप्पा म्हणजे स्वतःच्या परिचित अशा भागातल्या हमरस्त्यांवरील मोठ्या गावी वा शहराच्या जवळ बदली करून घेणे. हवी त्या जागी बदली मिळविणे वा सोयीच्या जागेवरून बदली न होईल अशी व्यवस्था करणे यासाठी वजन, वशिला वा लाच यांचा वापर केला जात असावा. ज्यांना यांतले काहीच जमत नाही त्यांची वा ज्यांचे वरिष्ठ अधिकाऱ्यांशी बिनसले असेल त्यांची बदली पुनःपुन्हा अंतर्भागात केली जाते असे दिसते. अशा वेळी डॉक्टरपुढे नोकरी की प्रॅक्टिस यांमधून निवड करण्याचे आव्हान उपस्थित होते. अशी वेळ आली तेव्हा नोकरी सोडून प्रॅक्टिसमध्ये पडण्याचे ज्यांना धाडस होत नाही ते सरकारी नोकरीत राहात असावेत असे म्हणता येईल.

पण गत्यंतर नाही म्हणूनच केवळ सरकारी नोकरीत कायम राहिले असे सर्वांच्याच बाबतीत म्हणणे योग्य होणार नाही. मुलाखतीच्या ओघात आम्हांस असेही डॉक्टर भेटले ज्यांनी आपला पिंड ओळखून नोकरीत राहावयाचे ठरविले होते. नोकरीच्या तुलनेत स्वतंत्र प्रॅक्टिसमध्ये पैसा पुष्कळ अधिक मिळण्याची शक्यता





असते आणि कोणाची ताबेदारी नसते. यामुळे अधिक जणांची इच्छा मात्र स्वतंत्र प्रॅक्टिस करण्याची असते.

४.११. दलित / मागासवर्गीय डॉक्टरांची व्यावसायिक पात्रता

साडेचार वा त्याहूनही अधिक वर्षे घालवून अभ्यासक्रम पूर्ण केल्यानंतरही स्वतंत्रपणे प्रॅक्टिस करण्याची क्षमता अनेकांच्या ठायी येत नाही असे खरोखर म्हणता येईल का ? जे नोकरीतच राहिले ते क्षमता नसल्यामुळेच राहिले असे म्हणावयाचे असल्यास एक ना एक प्रकारची नोकरी करणारे खुल्या स्पर्धेतील डॉक्टरही त्याच कोटीतले म्हणावे लागतील. या संदर्भात मुलाखतींच्या वेळी अनेक डॉक्टरांनी व्यक्त केलेला अभिप्राय ध्यानात घेण्यासारखा आहे. रोजच्या प्रॅक्टिसमध्ये डॉक्टरला ज्या प्रकारच्या दुखण्यांवर इलाज करावा लागतो त्यासाठी पुस्तकांमधून शिकलेल्या, शिकत असताना हॉस्पिटलमध्ये पाहिलेल्या व शिकविल्या गेलेल्या गुंतागुंतीच्या दुखण्यांसंबंधीच्या ज्ञानापैकी फार थोड्याचा उपयोग असतो. जेवढे सर्वसाधारण ज्ञान त्याला जरुरीचे असते तेवढे साडेचार (वा अधिक) वर्षांमध्ये त्याला प्राप्त झालेले असतेच असते. त्यामुळे परीक्षेत तो किती टक्के गुण मिळवून पास झाला वा त्याला किती खेपा लागल्या या प्रॅक्टिस करू शकण्या न शकण्याच्या कसोटचा होऊ शकत नाहीत. एम. बी. बी. एस. होण्यास ज्यांना बऱ्याच खेपा कराव्या लागल्या अशा डॉक्टरांना आत्मविश्वासाने व्यवस्थित प्रॅक्टिस करताना आम्ही पाहिले. त्यांच्याकडे येणारे रुग्णही सर्व जातिजमातींचे असल्याचे आम्ही पाहिले.

जनरल प्रॅक्टिस करणाऱ्या काही डॉक्टरांना आम्ही प्रत्यक्ष दवाखाना चालविताना पाहिले. रोग्याने वा त्याला घेऊन आलेल्या व्यक्तीने सांगितलेली लक्षणे, त्या आधारे डॉक्टरांनी विचारलेले एक-दोन पूरक प्रश्न व त्याला मिळालेली उत्तरे, डॉक्टरांनी केलेली थोडीशी तपासणी यांतून रोगाविषयीचा चटकन एक आडाखा डॉक्टर मनात बांधतो. या निदानावर येण्यास त्यांना इतका कमी वेळ लागतो की ही क्रिया बव्हंशी यांत्रिकपणे, आपसूक घडत असावी असे वाटते. याचा अर्थ असा की, लक्षणे ऐकणे, खुलासे करून घेणे व तपासणी या गोष्टींना समांतर अशी निदानप्रक्रिया त्यावेळपावेतोच्या अनुभवांच्या आधारे चालू असते. औषधोपचारही बव्हंशी प्रमाणित असे असतात. ज्या गावात वा वस्तीत दवाखाना असतो तेथील माणसांना (स्त्री-पुरुष, आबाल-वृद्ध) सामान्यतः कोणत्या दिवसांत कोणते आजार होतात याची अनुभवाने डॉक्टरांना कल्पना असते व आजारांवरील प्रभावी प्रमाण इलाजही ठरलेले असतात. मुलाखतींच्या ओघात एक-दोन डॉक्टरांनी सूचित केल्याप्रमाणे, बरीचशी बारीकसारीक दुखणी औषधपाणी न करताही बरी होण्यासारखी असल्याने वरील चौकटीत प्रॅक्टिस करणे आणि चालणे यांसाठी फार मोठे ज्ञान व कौशल्य लागत नाही.

बारीकसारीक दुखणे हे बारीकसारीक नसते, हिमनगाच्या वर दिसणाऱ्या टोकासारखे ते असते, आणि डॉक्टरच्या प्रमाण औषधोपचाराने उतार न पडून ते गंभीर वळण घेते तेथे डॉक्टरच्या सुज्ञतेची कसोटी लागते. आपले ज्ञान, आपला अनुभव, आपला आवाका, आपले कसब या साऱ्यांची मर्यादा जाणून, ती मर्यादा न ओलांडता जो जनरल प्रॅक्टिस करतो तो डॉक्टर सामान्यतः यशस्वीपणे प्रॅक्टिस करू शकतो. ही लक्ष्मणरेषा प्रत्येकाची वेगवेगळ्या जागी आखली जात असते. त्याच एका डॉक्टरच्या बाबतीत, अनुभव जसा गाठी बांधला जातो तशी त्याच्या ज्ञानात, कौशल्यात व आवाक्यात वाढ होत जाते.

मुलाखती घेण्याच्या ओघात आम्ही प्रॅक्टिसचे जे चित्र बघितले त्यावरून, परीक्षा जर किमान चोखपणे घेतल्या जातात असे गृहीत धरले तर, किमान टक्केवारीने पास होणारा डॉक्टरही ज्ञान व कौशल्य या दृष्टीने जनरल प्रॅक्टिस दृष्टीने पात्र ठरतो, त्याची प्रॅक्टिस चालते असे आमचे मत बनले. काही द/मा डॉक्टरांच्या बाबतीत मुळातच पुरेशा आत्मविश्वासाचा अभाव वा प्रॅक्टिसच्या प्रयत्नात आरंभालाच आलेले काही अपयश यांमुळे खचून जाणे अशा काही कारणाने प्रॅक्टिस चालली नाही वा प्रॅक्टिसचा जम बसण्यास वेळ लागला असे घडू शकते. पण असे खुल्या स्पर्धेतल्या डॉक्टरांच्या बाबतीतही घडू शकते.

वैद्यक विषयामधील विभिन्न शाखांमध्ये पदव्युत्तर शिक्षण घेऊन विशेषज्ञ डॉक्टर (कन्सल्टंट) बनण्याची संधी राखीव पद्धतीने उपलब्ध असल्याने अलीकडे पदव्युत्तर शिक्षण पूर्ण केलेले द/मा डॉक्टर बऱ्यापैकी संख्येने बाहेर पडत आहेत. आमच्या प्रश्नावली नमुनागटांमध्ये द/मा कन्सल्टंट डॉक्टरांची संख्या बरीच आहे. यांच्यापैकी अनेकांच्या मुलाखती आम्ही घेऊ

शकलो. एम. बी. बी. एस. परीक्षेतील गुणांच्या टक्केवारीच्या जोरावर खुल्या स्पर्धेत यांच्यापैकी फारच थोड्यांना पदव्युत्तर शिक्षण घेता आले असते.

एम. बी. बी. एस. साठी एक वेळ राखीव पद्धतीने प्रवेश देणे मान्य करता येईल, पण पदव्युत्तर अभ्यासक्रमांना गुणवत्तेनुसारच, म्हणजे टक्केवारीच्या आधारेच फक्त प्रवेश द्यावा असे आग्रहाने म्हणणारे बरेच डॉक्टर नमुना-गटात आहेत. 'इतर मागासवर्गीयां'-मधील अनेक विद्यार्थी, वैद्यकपूर्व परीक्षेतील गुणांची टक्केवारी खुल्या स्पर्धेतून प्रवेश मिळण्याइतकी असतानाही, पदव्युत्तर शिक्षणाच्या वेळी प्रवेश मिळण्याची खात्री वाढविण्याच्या हेतूने 'राखीव' म्हणून प्रवेश घेतात असे मुलाखतींच्या वेळी समजले. असे काही 'इतर मागासवर्गीय' डॉक्टरही, दलित-आदिवासी भटके/विमुक्त यांना पदव्युत्तर अभ्यासक्रमांना राखीव पद्धतीने प्रवेश मिळतो याबद्दल तीव्र नाराजी व्यक्त करताना आढळले. किमान अटी* पूर्ण होत असल्या तर एम. बी. बी. एस. ची गुणांची टक्केवारी तुलनेने बरीच कमी असली तरी दलित-आदिवासी-भटके/विमुक्त यांना प्रवेश मिळतो ही गोष्ट खरी आहे. पदव्युत्तर शिक्षण घेतलेल्या डॉक्टरांच्या गाठीभेटी घेतल्यानंतर प्रवेशावेळच्या त्यांच्या टक्केवारीवर भर देणे किती अदूरदृष्टीचे व कोतेपणाचे आहे ही गोष्ट मनावर ठसली. खुल्या स्पर्धेतल्या विद्यार्थ्यांशी तुलना करता टक्केवारी कमी असली तरी, द/मा विद्यार्थ्यांपैकी अभ्यासू व आकांक्षी विद्यार्थीच पदव्युत्तर अभ्यासक्रमांना प्रवेश घेतात असे दिसते. अशा अभ्यासू विद्यार्थ्यांना पदव्युत्तर शिक्षणाची संधी मिळणे महत्त्वाचे आहे. ही संधी आहे हे माहीत असल्याने आकांक्षा उंचावतात आणि ठरवून विषयाचा अभ्यास चांगला करण्याचा हुरूप वाढतो. भविष्याचे नियोजन, पदव्युत्तर जागा मिळविण्यासाठी नीती (स्ट्रॅटेजी) निर्धारण, हुशारीचे डावपेच या गोष्टी विद्यार्थ्यांकडून केल्या जातात असे आम्हाला काही मुलाखतींच्या आधारे कळून आले.

पदव्युत्तर शिक्षण घेत असताना वॉर्डात काही रुग्णांची जबाबदारी येऊन पडते. पुष्कळ अनुभव मिळतो. 'केल्याने होत आहे रे' ही समर्थांची उक्ती फार अर्थपूर्ण आहे. पदव्युत्तर पातळीवर निवासी डॉक्टरची जागा मिळालेल्या विद्यार्थ्याला मागे राहता येतही नाही व त्यालाही जास्तीत जास्त केसीस हाताळून अनुभव गाठीशी बांधण्याची इच्छा असते. यासाठी पदव्युत्तर विद्यार्थ्यांमध्ये चुरस असते. आणि, तक्रार असलीच तर, आपल्या वाट्याला महत्त्वाच्या केसीस दिल्या जाण्यात पक्षपात केला जाई, या स्वरूपाची असते. या कारणाने पदव्युत्तर डिग्री अभ्यासक्रम पूर्ण करणारा डॉक्टर हा कितीतरी अधिक अनुभवसंपन्न बनतो. त्याचा आत्मविश्वास वाढतो आणि बुजरेपणा निघून जातो. ज्येष्ठ निवासी डॉक्टर, रजिस्ट्रार या जागी काम करीत असताना, मर्यादित स्वरूपात का होईना, ती अधिकाराची व ज्येष्ठतेची पदे असल्याने, प्रतिष्ठा असते. पुष्कळदा, पदव्युत्तर अभ्यासक्रम तीन वर्षांमध्ये पूर्ण करता न आल्याने, नंतर अनेकजण एक-दोन, वा अधिकही, वर्षे महाविद्यालयात अधिव्याख्याता म्हणून नोकरी करतात. मोठ्या इस्पितळात काम करण्याचा अनुभव कन्सल्टंट म्हणून स्वतःचे इस्पितळ उभे करताना चांगलाच उपयोगी पडतो. एम. बी. बी. एस. पर्यंतच शिक्षण होऊन नोकरीव्यवसायात पडलेले डॉक्टर आणि कन्सल्टंट म्हणून नोकरी-व्यवसायात असणारे डॉक्टर यांच्यात ठळक फरक आम्हाला जाणवला. पदव्युत्तर शिक्षण घेतल्यावर निव्वळ कन्सल्टंट म्हणून प्रॅक्टिस करण्याची प्रथा मोडीत निघत असल्याचे दिसते. जनरल प्रॅक्टिस करणाऱ्या डॉक्टरांकडून पाठविले जाणारे रुग्ण हा प्रॅक्टिसचा एक भाग आहे. पण कन्सल्टंट म्हणून भरपूर पैसा कमवावयाचा असेल तर रुग्ण इस्पितळात ठेवून त्यांची रोज देखभाल करण्याबद्दल फी आकारता येण्यास महत्त्व आलेले दिसते. कन्सल्टंट डॉक्टरांची स्वतःची इस्पितळे असण्याचे प्रमाणही बरेच वाढते आहे. आम्ही मुलाखत

---

* पदव्युत्तर अभ्यासक्रमास प्रवेश मिळावयाचा असेल तर काही अटी आहेत. थर्ड एम. बी. बी. एस. ची परीक्षा पास करण्यास तीनपेक्षा अधिक खेपा लागल्या तर पदव्युत्तर शिक्षण करता येत नाही असे आम्हाला कळले. आधीच्या परीक्षांनाही खेपा लागल्या असल्या तर काही टक्के गुण कापले जातात, ज्या विषयात विद्यार्थ्याला पदव्युत्तर शिक्षण घ्यावयाची इच्छा असेल त्या विषयात तो त्याला जर खेपा कराव्या लागल्या असतील तर खेपेगणिक गुण कापले जातात; इत्यादी.

अनुक्रमणिका

घेतलेल्या खासगी प्रॅक्टिस करणाऱ्या बव्हंशी सर्वांची स्वतःची इस्पितळे होती; इतकेच नाही, तर स्वतःच्या मालकीच्या इमारती बँकेचे कर्ज घेऊन उठविण्याइतका जम पाच-सात वर्षांमध्ये, वा त्याहूनही कमी काळात, बसविण्यात यशस्वी झालेलेही डॉक्टर बऱ्यापैकी होते.

पदव्युत्तर शिक्षण घेतलेल्या द/मा डॉक्टरांना शहरांमधील शासकीय/निमशासकीय रुग्णालयामध्ये जर नेमणूक मिळाली तर ती गोष्ट अर्थातच पथ्यावर पडते. खासगी प्रॅक्टिस सुरू करावयाची, बदली टाळावयाची वा रद्द करवून घ्यावयाची, व तशीच वेळ आली तर नोकरी सोडून स्वतःची स्वतंत्र प्रॅक्टिस वाढवावयाची असे करणारे काही डॉक्टर भेटले. रोस्टर पद्धतीने बढती यामुळे तरुण वयातच सिव्हिल सर्जनचे पद मिळाल्याचे उदाहरणही आमच्या पाहण्यात आले.

राखीव जागा ठेवण्याचे एक उद्दिष्ट जर कालपरवापर्यंत हीन गणल्या गेलेल्या जातिजमातींना उच्चवर्णीयांच्या बरोबरीला आणून ठेवण्याचे असेल तर, वैद्यकीय सेवेच्या क्षेत्रामध्ये पुरेशा संख्येने विभिन्न शाखांमध्ये विशेषज्ञ डॉक्टर निर्माण होण्यास विशेषच महत्त्व आहे. तालुक्यांच्या व अन्य मोठ्या गावी व लहान शहरांमध्ये यशस्वीपणे स्वतःची इस्पितळे उभारून गावातील इतर उच्चवर्णीय-वर्गीय डॉक्टरांच्या बरोबरीने ते व्यवसाय करीत आहेत, सरकारी यंत्रणेत आत्मविश्वासाने अधिकारपदे भूषवीत आहेत असे दृश्य आम्हाला आढळले.

४.१२. उच्च मध्यमवर्गीय जीवनसरणी

दलित/मागासवर्गीय डॉक्टरांचा प्रत्येकाचा प्रवास आगळ्या आरंभबिंदूपासून सुरुवात होऊन, वेगवेगळ्या वळणांनी पुरा होऊन ते डॉक्टर होतात. त्या त्या जातिजमातींमध्ये डॉक्टर मुलगे ही विशेष गोष्ट असल्याने बहुतेकांची लग्ने तुलनेने अधिक शहरी, शिक्षित व सुस्थितीतील कुटुंबांतल्या मुलींशी होतात. पदव्युत्तर शिक्षण झालेल्या डॉक्टरांच्या बाबतीत ही गोष्ट अधिकच जाणवते की, स्वतःच्या जातिजमातीपासून ते मनाने, जीवनमानाने व राहणीने वेगळे होतात. एक स्वयंकेंद्री कुटुंब तयार होते आणि त्याचे लक्ष स्वतःच्या अभ्युदयावर केंद्रित होते. काही अपवाद वगळता, जातजमातविरहित एका कॉस्मॉपॉलिटन उच्चभ्रू वर्गात दाखल होण्यास ते उत्सुक आहेत, आणि स्वतःचे कुटुंबीय, नातेवाईक, प्रसंगी आईवडीलदेखील, यांची त्यांना

... १०

अडचणच वाटत असावी, असा ठसा आमच्या मनावर उमटला. स्वातंत्र्यपूर्वकाळात त्या त्या समाजातली शिक्षित, पांढरपेशा व्यवसायातली माणसे स्वतःच्या समाजाचे पुढारीपण करीत. स्वतःच्या जातिजमातीविषयी त्यांना खोलवर आस्था असे. तिची अस्मिता जागृत व्हावी, सामाजिक-धार्मिक सुधारणा घडून यावी, शिक्षणाचा प्रसार व्हावा, यासाठी ते क्रियाशील असत. स्वातंत्र्योत्तर काळात उत्कर्ष पावलेला त्या त्या जातीतील व्यावसायिक उच्चभ्रू वर्ग आणि त्याच जातीतला सर्वसामान्य जन यांचा संबंध अगदी वेगळ्या प्रकारचा राहिलेला आहे. शोषक-शोषित असा त्याचा घाट जास्त करून आढळतो; जनसामान्यांचा वेगवेगळ्या अर्थाने वापर करून घेतला जात आहे. या सर्वसाधारण प्रवाहात द/मा डॉक्टरही सामील झाले असल्याने ते स्वाभाविक म्हणायला हवे. पण ही गोष्ट त्या त्या जातिजमातींच्या दृष्टीने दुर्भाग्याची गोष्ट आहे; कारण राखीव जागा, छात्रवृत्त्या, अन्य विशेष सोयी-सवलती यांचा पुरेपूर पण योग्य फायदा घेण्यासाठी अद्याप मागास व दुबळ्या असलेल्या जातिजमातींना सुजाण मार्गदर्शनाची व कुशल नेतृत्वाची गरज आहे. पण ही भूमिका पार पाडण्यासाठी आवश्यक ते मानस व दीर्घदृष्टी द/मा डॉक्टरांपैकी अपवादात्मक व्यक्तींच्या ठायी आम्हाला आढळली.

विभाग दुसरा

४.१३. वैद्यकीय व्यवसाय आणि द/मा डॉक्टर

वैद्यकीय सेवेचे सार्वजनिक/सरकारी आणि खासगी असे दोन विभाग पडतात. दोन्ही मिळून जी एकंदर व्यवस्था अस्तित्वात आहे, तिच्यामध्ये दलित/मागासवर्गीय डॉक्टरांचे स्थान व कार्य कोणते या अंगाने विचार करता काय आढळते ?

१. साधारण तीस-पस्तीस वर्षांपूर्वीची परिस्थिती अशी होती की, लहान शहरांच्या जागी असणारी बव्हंशी सर्व इस्पितळे सार्वजनिक/सरकारी असत. तालुक्याच्यापेक्षा खालच्या गावी इस्पितळ तर नसेच, पण अ‍ॅलोपथी प्रॅक्टिस करणारा डॉक्टर पण क्वचित असे. खेड्यांची गोष्ट तर मग विचारायलाच नको. कन्सल्टंट बव्हंशी मोठ्या शहरांमध्येच असत. गावोगावी फॅमिली डॉक्टर असत. रुग्णाला घरी ठेवून औषधपाणी करणे अशक्यच झाले तर त्याला सार्वजनिक/सरकारी दवा-

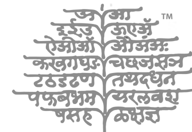
खान्यात हलविले जाई. त्या काळी बव्हंशी उच्चवर्णीय समाजातलेच डॉक्टर असत. सरकारी वा सार्वजनिक दवाखान्यात नोकरी धरली तरी ग्रामीण अंतर्भागात जाण्याचा प्रश्न निर्माण होत नसे. खासगी प्रॅक्टिसमधील काही डॉक्टरांची प्रॅक्टिस जोरात चाले. पण सर्वसाधारण फॅमिली डॉक्टरचे उत्पन्न व राहणी मध्यमवर्गीयच असे. सरकारी सेवेतील डॉक्टरचे उत्पन्न व राहणीमान तुल्यबल असे. मोठ्या सार्वजनिक/सरकारी इस्पितळांत मानद म्हणून काम करणाऱ्या डॉक्टरांचा मान मोठा असे. या डॉक्टरांची खासगी प्रॅक्टिस जोरात चाले.

आजचे चित्र अगदी वेगळे आहे. ग्रामीण भागात प्राथमिक आरोग्य केंद्रे व ग्रामीण रुग्णालये यांचे जाळे सरकारने अंथरले आहे. शासकीय आरोग्य सेवायंत्रणेचा व्यापविस्तार खूप वाढला आहे. डॉक्टरसाठी, पूर्वीच्या तुलनेने, रोजगार फार मोठ्या संख्येने आज उपलब्ध आहे. पण मधल्या काळात सरकारी नोकरीतल्या डॉक्टरला समाजात मिळणारा मान व दर्जा कमी झाला आहे. फॅमिली डॉक्टर ही संस्था मोडकळीस येत आहे. सधन उच्च मध्यमवर्गीय राहणी ठेवता येईल इतके उत्पन्न मिळविण्याची आकांक्षा तरुण डॉक्टरही आज बाळगतो आणि त्यामुळे रुग्णांशी त्याचे संबंध व्यापारी, धंदेवाईक बनले आहेत. डॉक्टरी व्यवसायातली मिळकत वाढविण्याचे एक प्रभावी साधन म्हणून पदव्युत्तर शिक्षण व विशेषज्ञ सेवा यांच्याकडे पाहिले जाते. याच प्रक्रियेचा एक भाग म्हणून खासगी इस्पितळे सर्वत्र उभी राहिली आहेत, व भरभराटली आहेत. खासगी प्रॅक्टिसमध्ये खूप अधिक पैसा मिळत असल्याने हुशार व कर्तबगार डॉक्टर सरकारी नोकरीत जाण्याचा विचार क्वचितच करतो.

पुढारलेल्या उच्च मध्यमवर्गीय व सामान्यतः उच्चवर्णीय समाजांतून वैद्यक शिक्षण घेण्याकडे वळणारे विद्यार्थी सरकारी नोकरीकडे पाठ फिरवू लागले त्याच काळात सरकारी क्षेत्रातील आरोग्य सेवेचा मोठा विस्तार होत गेला. सरकारी आरोग्य केंद्रांवर व इस्पितळांमध्ये काम करण्यास एम बी. बी. एस. पदवी घेतलेले डॉक्टर पुरेशा संख्येने मिळण्याची या वेळेपासून समस्या उत्पन्न झालेली आहे. या समस्येची अंशतः सोडवणूक राखीव जातजमात गटांमधील डॉक्टरांच्या भरतीने झालेली आहे. बी. ए. एम. एस. व तत्सम अन्य कमी दर्जाच्या पदव्या धारण करणाऱ्या डॉक्टरांच्याही प्राथमिक आरोग्य केंद्रांत व अन्यत्र अलीकडे नेमणुका होऊ लागल्याने समस्येची आणखी थोडी सोडवणूक झालेली आहे.

पदवी मिळाल्या मिळाल्या सरकारी नोकरीकडे पाठ फिरवून खासगी प्रॅक्टिस वा नोकरी करण्याची ऐपत नसलेला, तसे करण्यासाठी आवश्यक आत्मविश्वासाचा अभाव असलेला, सुरक्षिततेची व्यावहारिक व मानसिक गरज असलेला, आणि पूर्वीच्या सामान्य परिस्थितीच्या पार्श्वभूमीवर सरकारी नोकरीत मिळणारा पगार व इतर सुविधा-अधिकार आकर्षक वाटणारा असा दलित / मागासवर्गीय डॉक्टरांचा एक नियमित प्रवाह निर्माण होऊन तो सातत्याने सरकारी नोकरीत भरती होत आहे. म्हणूनच अंशतः तरी सरकारी आरोग्य सेवाव्यवस्था डॉक्टरांअभावी संकटात सापडलेली नाही. पण, दुर्दैवाने याच काळात सरकारी नोकरीतल्या डॉक्टरची शहरी उच्चभ्रू व जेष्ठ समव्यावसाइकांकडून आणि समाजाकडून केली जाणारी किंमत घसरत गेली. इतकी की, सरकारी नोकरी पत्करून तीतच आयुष्यभर राहणारा डॉक्टर हा डॉक्टर म्हणून फारसा चांगला नसल्यानेच सरकारी नोकरीत राहिलाय असे आज चटकन म्हटले जाते. सरकारी क्षेत्रातील आरोग्य सेवा यापुढच्या काळात मोठ्या प्रमाणावर दलित/मागासवर्गीय डॉक्टरांच्या भरवशावर चालू राहणार आहे. द/मा डॉक्टर हे महत्त्वाचे व मोक्याचे स्थान सांभाळणार आहेत ही वस्तुस्थिती जाणणे फार आवश्यक आहे.

वरिष्ठ पदांचा अपवाद सोडला तर सरकारी नोकरीत खासगी प्रॅक्टिसइतका पैसाही नाही व समाजमान्यता व सन्मान नाही. नोकरशाहीची लाल फीत व बॉसिंग सहन करावे लागते ते वेगळेच. या कारणाने द/मा डॉक्टरांपैकीही बहुतेकांची आकांक्षा नोकरीच्या कालखंडाचा उपयोग करून खासगी प्रॅक्टिस सुरू करण्याची असते हे आम्ही मुलाखतींच्या ओघात अनुभवले. पण नोकरीत राहून स्वतंत्र प्रॅक्टिसचा जम बसविणे यासाठी फक्त एम. बी. बी. एस. होऊन शिक्षण थांबलेल्या डॉक्टरला करावी लागणारी धडपड ही त्याची परीक्षा पाहणारी ठरत असली पाहिजे असे काही डॉक्टरांच्या उदाहरणांवरून लक्षात आले. ग्रामीण अंतर्भागात नेमणूक होणे व अंतर्भागातच बदल्या होत राहणे हा सर्वांत मोठा अडथळा असतो. नोकरी सोडून स्वतंत्र प्रॅक्टिस करायची म्हटले तर असुरक्षिततेला तोंड





द्यावे लागते. आम्हाला असेही वाटले की, प्राथमिक आरोग्य केंद्रावरील अधिकाऱ्याच्या हाती वाहन असते, राहावयास घर असते, हाताखाली माणसे असतात. दलितपीडित पार्श्वभूमी घेऊन आलेल्या डॉक्टरला बॉस असण्याचा हा अनुभव उत्तेजक वाटला तर नवल नाही. यावर पाणी सोडणे त्याला अवघड जात असल्यास नवल नाही. स्वतंत्र प्रॅक्टिसचे स्वप्न पाहणारे अनेक द/मा डॉक्टर काही वर्षांच्या नोकरीनंतर नोकरीशी जुळवून घेत असले पाहिजेत. सरकारी नोकरी व वैद्यकीय सेवेची व्यवस्था यांच्याविषयी त्यांचे स्वतःचे मूल्यांकनही कमीच लेखणारे असल्याने असा निर्णय करावा लागणाऱ्या, केलेल्या डॉक्टरची उमेद खचल्यासारखी होते. प्राथमिक आरोग्य केंद्रे, ग्रामीण रुग्णालये वा सरकारी दवाखाने यांना अवकळा येण्याचे हे कदाचित एक मुख्य कारण आहे.

२. नोकरीतही राखून ठेवलेल्या जागा, रोस्टर पद्धतीने बढती यांमुळे तरुण वयात सिव्हिल सर्जन, जिल्हा आरोग्याधिकारी म्हणून तसेच वरिष्ठ प्रशासनामध्ये (उप, सह-संचालक इत्यादी) द/मा डॉक्टरांच्या नेमणुका झालेल्या आमच्या पाहण्यात / ऐकण्यात आल्या. अशा महत्त्वाच्या व अधिकाराच्या पदांवर नेमणुका झालेल्या द/मा डॉक्टरांचा सरकारी नोकरीत राहण्याचा निर्णय वेगळ्या मापाने मोजायला हवा ही गोष्ट आमच्या गाठीभेटींमधून स्पष्ट झाली. त्या त्या शहरांमधील उच्चवर्णीय, ज्येष्ठ व प्रतिष्ठित डॉक्टरांचा तसेच सरकारी सेवेतील उच्चवर्णीय वा बहुजनसमाजीय डॉक्टरांचा अशा नेमणुकांना असलेला आक्षेप व त्यांच्याविरुद्धची नाराजी आम्ही अनुभवली. जिल्हा रुग्णालयांमध्ये मानद डॉक्टर म्हणून नेमणूक मिळणे खासगी प्रॅक्टिसच्या दृष्टीने महत्त्वाचे असते. पण पूर्णवेळ सरकारी नोकरी करण्यास राजी असलेले पदव्युत्तर शिक्षण घेतलेले विशेषज्ञ: द/मा डॉक्टर पुरेशा संख्येने मिळू लागतील तेव्हा मानद सेवेच्या आधारे स्वतःची खासगी प्रॅक्टिस उभी करणाऱ्या वा मानद नेमणुकीचा वापर स्वतःच्या प्रॅक्टिससाठी सोयीने करून घेणाऱ्या डॉक्टरांची अडचण होणार आहे. जिल्हा रुग्णालयात काम करीत असताना बाहेर स्वतःची कन्सल्टंट प्रॅक्टिस उभी करणारे, आपल्या खासगी प्रॅक्टिससाठी सोयीने जिल्हा रुग्णालयाचा वापर करणारे द/मा डॉक्टर आम्ही पाहिले. यापुढच्या काळात सरकारी वैद्यकीय सेवेतील आपल्या पदाचा वापर करून जिल्ह्याच्या व अन्य शहरी स्वतःच्या कन्सल्टंसी प्रॅक्टिसचा जम पद्धतशीरपणे बसविणारे द/मा डॉक्टर वाढत्या संख्येने दिसतील असे आम्हाला वाटते.

राखीव जागांचा अनुशेष भरून काढणाऱ्या, रोस्टर पद्धतीने बढती देण्याच्या धोरणामुळे तरुण वयात जिल्हा पातळीवर महत्त्वाच्या पदावर काम करण्याची संधी दलित-आदिवासी-भटक्या/विमुक्त डॉक्टरांना मिळत आहे ही आम्हाला स्वागतार्ह गोष्ट वाटली. सरकारी नोकरीत टिकून राहिलेला एम. बी. बी. एस. डॉक्टर नाउमेद झालेला का आढळतो त्याची आम्ही वर चर्चा केली आहे. तरुण वयात अधिकाराचे पद मिळणे ही नेमका उलटा परिणाम घडवून आणणारी गोष्ट आहे. सत्ता गाजविण्याचा मोह पडेल असा धोका जसा यात संभवतो तसेच वेगळे काही करून दाखवून आपले कर्तृत्व प्रकट करण्याची, स्वतःचा ठसा उमटविण्याची संधी म्हणून अशा नेमणुकीकडे द/मा डॉक्टर बघतील हेही संभवते. संधी मिळाल्यावर उत्तम काम करून नावलौकिक मिळविला अशी उदाहरणे आम्ही पाहिली.

३. खासगी स्वतंत्र प्रॅक्टिस करणाऱ्या डॉक्टरांची नमुना-गटात बहुसंख्या आहे. यांच्यातल्या मुख्य भेदरेषा दोन आहेत. ‘इतर मागासवर्गीय’ व इतर राखीव गट ही एक आणि जनरल प्रॅक्टिस करणारे व कन्सल्टंट ही दुसरी. बहुजनसमाजात ज्यांचा एरवी समावेश होईल अशा त्या त्या भागातल्या प्रमुख मध्यम जातींमधून येणाऱ्या ‘इतर मागासवर्गीय’ डॉक्टरांना स्वतःचा जम बसविण्यास जातीमुळे कोणतीच अडचण पडत नाही. झाली तर मदतच होते. पण दलित-आदिवासी-भटके/विमुक्त म्हणून ओळखल्या जाणाऱ्या जनरल प्रॅक्टिस करणाऱ्या डॉक्टरांनाही जातिजमातींची अडचण होते असे अनुभवाला आले नाही. उच्चवर्णीय, उच्चमध्यमवर्गीय जुन्या वस्त्यांमध्ये जेथे आधीपासून बरेच डॉक्टर प्रॅक्टिस करीत आले आहेत अशा जागी प्रॅक्टिस सुरू न करता वैद्यकीय सेवेच्या दृष्टीने ज्या ‘पोकळ्या’ अस्तित्वात आहेत वा निर्माण होत आहेत त्या भरण्याकडे या डॉक्टरांचा कल आहे. या दोन गोष्टींचा उल्लेख आधी आला आहेच. याचा अर्थ असा की, रुग्णांची आणि समाजाची वागणूक डॉक्टरला त्याच्या जातिजमातींची सतत बोच निर्माण करणारी असत नाही. ज्याची प्रॅक्टिस चालते त्या डॉक्टरच्या जातजमातीची फिकीर रुग्णांना असत नाही.

अनुक्रमणिका

जनरल प्रॅक्टिस करणाऱ्या दलित-आदिवासी डॉक्टरांच्या दवाखान्यांमध्ये आम्ही तास-दीडतास बसल्यावेळी, उच्चवर्णीय मध्यमवर्गीय तरुण डॉक्टरच्या दवाखान्यातल्यापेक्षा तेथील वागणूक व वातावरण कोणत्याही अर्थाने वेगळे वाटले नाही.

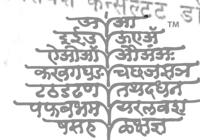
कन्सल्टंट डॉक्टरांच्या बाबतीत तर ही गोष्ट ज़ास्तच प्रकर्षाने जाणवली. कन्सल्टंट म्हणून प्रॅक्टिसचा जम बसवावयाचा असला तर डॉक्टर हा उच्च मध्यमवर्गीय दिसला पाहिजे असा संकेत रूढ झाला आहे असे जाणवत राहिले. प्रॅक्टिस थोडी चालायला लागली की मोटारगाडी दारात येते. राहण्यासाठी घरही उच्चवर्णीय मध्यमवर्गीय वस्तीत मिळविले जाते. नव्याने होणाऱ्या ब्लॉक पद्धतीच्या इमारती व नव्या संमिश्र वस्त्या या दृष्टीने सोयीच्या ठरतात. काही वेळा रंगरूप व आडनाव या दोन गोष्टींमुळेच दलित-मागासपण ओळखू येई; एरवी भाषा, पोशाख, जीवनमान, घरातली राहणी या सर्व अंगांनी द/मा डॉक्टर मनाने, संस्कृतीने, राहणीने उच्चवर्णीय, उच्च मध्यमवर्गीयांमध्ये पूर्णतया मिसळून गेल्याचे आम्हाला आढळले.

राखीव जागा पद्धतीने प्रवेश देण्याबद्दल समाजाच्या एका थरात तीव्र प्रतिक्रिया उमटत असली तरी जातपातीनुसार ज्यानेत्याने आपापल्या जातिजमातीनुसार पारंपरिक व्यवसाय करावेत असे समाजाचे मानस नाही. जन्माने जात, जमात, धर्म या गोष्टी ठरत असल्या, व या अर्थाने अजूनही तटबंद्यांनी समाज विभागला जात असला तरी, कोणत्याही जातिजमातीचा असो, डॉक्टरशी डॉक्टर म्हणून संबंध ठेवण्यात रुग्णांना मानसिक वा व्यावहारिक अडचण वाटावी अशा या तटबंद्या नाहीत. आम्ही ज्या अनेक द / मा डॉक्टरांना भेटलो, त्यांच्यापैकी एकानेही डॉक्टर म्हणून व्यवसाय करण्याच्या बाबतीत जातीवरून अडथळा उत्पन्न केला गेल्याचे वा वेगळे पाडल्याचे सांगितले नाही.

खासगी प्रॅक्टिसमधील द / मा डॉक्टरांचे विशेषत: कनिष्ठजातीय 'इतर मागासवर्गीय', दलित, आदिवासी व कनिष्ठ दर्जाचे भटके/विमुक्त डॉक्टरांचे अस्तित्व, अशा रीतीने, नकळत व कोणताही गाजावाजा न करता एक अतिशय महत्त्वाचे कार्य पार पाडीत आहे. वैद्यकपूर्व परीक्षेत किती टक्के गुण मिळाले होते, एम. बी. बी. एस. चा अभ्यासक्रम पूर्ण करण्यास किती वर्षे लागली, परीक्षेत किती टक्के गुण मिळाले या गोष्टींना रुग्णांच्या लेखी कोणतेच महत्त्व नसते. आपली वेळोवेळची दुखणी हा डॉक्टर बरी करीत आला आहे की नाही ही गोष्ट ते स्वतःच्या पद्धतीने पडताळून पाहतात. या कसोटीला डॉक्टर उतरणे पुरेसे असते. ख़ासगी प्रॅक्टिसमधील डॉक्टर या कसोटीला उतरलेले असतात. आणखी पाच-पंधरा वर्षांनी जेव्हा खासगी प्रॅक्टिसमध्ये ठिकठिकाणी जास्त संख्येने द / मा डॉक्टर आढळून येऊ लागतील, तसा राखीव जागांमधून प्रवेश घेऊन डॉक्टर बनणारा द/मा विद्यार्थी डॉक्टरकी करण्यास पात्र असतो की नाही हा वादाचा मुद्दा करता येणार नाही.

४. राखीव जागा ठेवल्यानंतरच्या काळात दलित/मागासवर्गीयांमधून डॉक्टर झालेल्या व्यक्तींपैकी काही थोड्या व्यक्ती आज वयाने पन्नास-पंचावन्न असल्या पाहिजेत. आमचा असा अंदाज आहे की आरंभीच्या काळातील हे सर्व डॉक्टर सरकारी नोकरीत स्थिर झाले असावेत. आणि त्यांपैकी काहीजण सरकारी इस्पितळामध्ये वा आरोग्य व वैद्यक सेवा प्रशासनामध्ये वरिष्ठ पदांवर आढळतात; पण स्वतंत्र खासगी प्रॅक्टिसमध्ये त्यांच्यापैकी फारसे कोणी शिरले नसावे. त्यांच्यापैकी क्वचितच कोणी पदव्युत्तर शिक्षण पूर्ण करून कन्सल्टंट म्हणून प्रॅक्टिस केली असावी. शहरांमधील ज्येष्ठ, नावाजलेल्या डॉक्टरांमध्ये, वैद्यकीय महाविद्यालयातल्या प्राध्यापक-मानद डॉक्टरांमध्ये, इस्पितळांशी संबंधित मानद डॉक्टरांमध्ये अशांची नावे घेतली जात नाहीत.

१९७१ ते ८२ या काळात डॉक्टर झालेल्यांमधून आम्ही प्रामुख्याने नमुना-गट निवडला असल्याने आमच्या गाठीभेटी बव्हंशी तिशीतल्या डॉक्टरांशीच पडल्या. पण आमच्या मनावर अशी छाप उमटली की, कन्सल्टंट म्हणून स्वतंत्र प्रॅक्टिस करणारी आणि जिल्हा शासकीय रुग्णालयांमध्ये विशेषज्ञ विभागात काम करणारी ही पहिलीच पिढी आहे. याआधी तुरळक अपवादस्वरूप कोणी कोणी होऊन गेले असतील, पण एवढ्या संख्येने प्रथमच मोठ्या गावी व शहरी द/मा डॉक्टर आढळू लागले आहेत. यांच्यापैकी काही काही डॉक्टर त्यांच्या त्यांच्या शाखेत आजच नावाजले जाऊ लागले आहेत. आणखी दहा-पंधरा वर्षांमध्ये अनेक गावी तेथील ज्येष्ठ व प्रथितयश कन्सल्टंट डॉक्टरांमध्ये





अनुक्रमणिका

जेव्हा दलित/मागासवर्गीय, विशेषतः दलित-आदिवासी डॉक्टरांचा समावेश होईल तेव्हा सामाजिक बदलाचा एक महत्त्वाचा टप्पा गाठला जाईल.

हा टप्पा गाठला जाण्याचे महत्त्व का आहे, ते समजून घेण्याची आवश्यकता आहे. प्रश्नावली भरून पाठविताना काही डॉक्टरांनी आपणाकडे विभिन्न जाति-जमातींचे रुग्ण येतात पण उच्चवर्गीय रुग्ण येत नाहीत असे लिहिले होते. काहींनी उच्चवर्णीय रुग्ण येत नसल्याचे लिहिले होते. एका आदिवासी डॉक्टरांचा असा अनुभव होता की उच्चवर्णीय व सधन मंडळी जवळच्या मोठ्या शहरात सजातीय डॉक्टरांकडे रुग्णास नेणे पसंत करतात. आदिवासीपण हे त्यांना परावृत्त करणारे कारण होते. त्या त्या गावातले जुन्या मध्यवर्ती भागांमध्ये राहणारे प्रतिष्ठित उच्चवर्णीय, पूर्वापार वळण पडल्याने, त्या भागांमधील उच्चवर्णीय डॉक्टरकडे जात आलेले असतात. या पेठांमध्ये, वस्त्यांमध्ये नव्याने प्रॅक्टिस सुरू करणारे डॉक्टरही सामान्यतः उच्चवर्णीयच असतात. ओळखीपाळखी, नात्याचे संबंध, शेजारपाजार अशा विविध कारणांनी मुद्दामहून वळण बदलून लांबवरच्या द/मा डॉक्टरकडे जाण्याची गोष्ट अशांनी केली नाही, तर त्यामागे जातीय वृत्ती व पात्रतेविषयी अविश्वास ही कारणे आहेत असे म्हणता येत नाही. अशा पेठांमध्ये, भागांमध्ये तीव्र स्पर्धेला आमंत्रण देऊन, मोठी भांडवली गुंतवणूक करण्याचा धोका पत्करून द/मा डॉक्टरांनी स्वतःची प्रॅक्टिस सुरू करावी अशी अपेक्षा बाळगणे रास्त होणार नाही. पण असे आढळते की, दलित/मागासवर्गीयांच्या पात्रतेविषयीचे, डॉक्टर म्हणून असलेल्या कुवतीविषयीचे प्रवाद अशा भागांमध्ये राहणाऱ्या मध्यमवर्गीय, उच्चवर्णीयांमध्येच जास्त खोलवर रुजलेले आढळतात. 'आमच्या गुणवान, हुशार मुलांची संधी हिरावून घेतली जाते' अशी तक्रार करून राखीव जागांना विरोध करणारा आणि द/मा डॉक्टरांबद्दल मनात राग बाळगणारा हाच मुख्य वर्ग आहे. जनरल प्रॅक्टिसच्या पातळीवर हा वर्ग सामान्यतः उच्चवर्णीय डॉक्टरांकडेच का जात राहणार याचे स्पष्टीकरण वर आले आहे. विशेषज्ञ सेवेच्या क्षेत्रात मात्र जर एखाद्या द/मा डॉक्टरचे विशेष नाव झाले तर या वर्गातील लोकही रोग्यास अशा डॉक्टरकडे घेऊन जातील. अशा वेळी माणसे अंतराचा व जातीचाही विचार बाजूला ठेवतात. स्वतःच्या नैपुण्याने विशेष स्थान व ज्येष्ठत्व संपादन केलेले द/मा कन्सल्टंट डॉक्टर गावोगाव अस्तित्वात येण्याचे या कारणाने महत्त्व आहे.

५. प्रस्तुत अभ्यासाशी सरळ सरळ संबंध नसलेली पण वैद्यक व्यवसायातली एक महत्त्वाची घडामोड मुलाखतींच्या ओघात आमच्या ध्यानात आली. व्यवसायात असलेल्या डॉक्टर मंडळींना 'कट प्रॅक्टिस' या नावाने ओळखली जाणारी ही घडामोड अपरिचित नसावी. ग्रामीण भागामधून रुग्णांना शहराच्या ठिकाणी जनरल प्रॅक्टिशनर वा कन्सल्टंटकडे घेऊन येणाऱ्या कनिष्ठ पातळीवरील मध्यस्थ–दलाल–डॉक्टरला रुग्णाकडून झालेल्या कमाईतला हिस्सा कन्सल्टंट देतो. हा त्या प्रकारातला मध्यवर्ती व्यवहार होय. हा हिस्सा खानदेशात २० % पासून ७० % इतकाही दिला जातो असे कळले. रुग्ण मिळविण्यासाठी चढाओढीने दलालीचे दर ठरत असतात, असेही सांगितले गेले.

तपासणीसाठी आकारल्या जाणाऱ्या फीमधून सधन उच्चवर्गीय राहणीमान उपभोगता येईल इतके उत्पन्न मिळण्यासाठी त्या डॉक्टरचे नाव बरेच झालेले असावे लागते. पूर्वी सरकारी/सार्वजनिक मोठ्या इस्पितळांमधील नेमणुकांच्या आधारे नाव कमवायचे व एका टप्प्यावर मानद पद्धतीने संबंध कायम ठेवून स्वतंत्र प्रॅक्टिस उभी करावयाची अशी रीत होती. काही काळ यासाठी लागेल ही गोष्ट गृहीत होती. डॉक्टरचा व्यवसाय करून उच्च मध्यमवर्गीय बनण्यास पंधरा-वीस वर्षे लागत, व हे स्वाभाविक मानले जाई. आज कन्सल्टंट म्हणून व्यवसायात पडणाऱ्या तरुण डॉक्टरच्या मनात चार-सहा वर्षांमध्ये उच्चवर्गीय सधन राहणीमान गाठण्याची आकांक्षा असते. तेवढी मिळकत व्हायला इस्पितळात रुग्णाला ठेवून त्याच्याकडून पैसे काढणे आवश्यक ठरते. जिल्ह्याच्या वा अन्य मोठ्या गावी सरकारी / सार्वजनिक इस्पितळे एकदोनच असतात व त्यांच्यामध्ये कन्सल्टंट म्हणून सर्वांना नेमणूक मिळणे अशक्य असते. स्वतःच्या भरवशावर, नोकरी नसतानाच इस्पितळ काढावयाचे वा इस्पितळाला जोडून कन्सल्टंट प्रॅक्टिस सुरू करावयाची तर भांडवलगुंतवणूक बरीच करावी लागते. कर्जाचे हप्ते फेडणे, आवर्ती खर्च भागविणे आणि वर स्वतःचे उच्च मध्यमवर्गीय राहणीमान सांभाळणे एवढी मिळकत प्रॅक्टिस सुरू केल्याच्या पहिल्या महिन्यापासून झाली पाहिजे ही मग गरज

अनुक्रमणिका

बनते. इतकी मिळकत खात्रीने व्हायची तर आसपासच्या भागात गावोगावी प्रॅक्टिस करणाऱ्या डॉक्टरांकडून रुग्णांची दवाखान्यात पाठवणी होईल याची काही व्यवस्था करण्याच्या दिशेने प्रचंड दडपण निर्माण होते. 'कट प्रॅक्टिस' चा उगम व फैलाव यामधून होतो.

ग्रामीण भागात मुलाखतींसाठी जाण्यामधून आमच्या माहितीत अशी भर पडली, की लहानमोठे जुजबी व थातुरमातुर 'अभ्यासक्रम' पूर्ण करून ('होमिओपथी' यासाठी फार सोयीची ठरत आहे) गावांमध्ये पाटी लावून प्रॅक्टिस करणारे डॉक्टर वाढले आहेत. रुग्णांच्या मनात चिंता उत्पन्न करून शहरातल्या मोठ्या डॉक्टरकडे घेऊन जाऊन दलालीच्या स्वरूपात नियमितपणे काही कमाई करणे हा आजचा वाढता प्रकार आहे. नव्याने इस्पितळासह कन्सल्टंसी सुरू करावयाची म्हणजे प्रथम जनरल प्रॅक्टिसवर व वरील प्रकारचे डॉक्टर यांच्याशी संधान जुळवायचे असे आज गृहीतच धरले जाते; तसे केले नाही तर प्रॅक्टिसचा जम बसणे फार कठीण जाते असे डॉक्टरांच्या बोलण्यावरून लक्षात आले.

६. विभिन्न जातिजमातींमधील व्यक्ती डॉक्टर होण्यामधून जातीय वृत्तीचाही परिपोष होत असल्याचे आमच्या ध्यानात आले. अनेक जाती या अल्पसंख्य व फुटकळ आहेत. उदाहरणार्थ, शिंपी, भोई, मांग, रामोशी अशा जातींमधील मुले डॉक्टर होतात तेव्हा त्यांना स्वजातीयांच्या भरवशावर प्रॅक्टिस उभी करता येणारच नसते. तसेच, भिल्ल, महार/नवबौद्ध यांची संख्या जरी एखाद्या गावात जास्त असली तरी त्या जातिजमातींच्या डॉक्टरला स्वतःलाच केवळ जातजमातीच्या रुग्णांपुरती प्रॅक्टिस बंदिस्त ठेवायची इच्छा नसते. पैसा मिळविण्याच्या तसेच प्रतिष्ठा मिळविण्याच्या दृष्टीने पुढारलेल्या, सुस्थितीतल्या रुग्णांना आकृष्ट करण्याची त्याची इच्छा असते; ती त्याची गरजही असते.

पण त्या त्या भागातला व्यापारी व शेतकरी समाज हा संख्येने मोठा तर असतोच, पण पैसेवालाही असतो. विशेषतः व्यापारी समाज संख्येने कमी असला तरी पैशाने भक्कम असतो. जनरल प्रॅक्टिसच्या संदर्भात विशेष ऐकिवात आले नाही, पण कन्सल्टंसीच्या बाबतीत आपल्या जातीच्या वा 'समाजा'च्या डॉक्टरला उचलून धरले पाहिजे अशी भावना व तसा व्यवहार आढळतो असे सांगितले गेले. प्रॅक्टिसचा जम बसविण्याच्या घाईत असलेले आकांक्षी तरुण डॉक्टरही जात हे उपयोगी हत्यार म्हणून सूचकतेने, प्रच्छन्नपणे वापरीत असावेत असाही ठसा काही डॉक्टरांच्या मुलाखतींवरून आमच्या मनावर उमटला.

ग्रामीण भागातील कमअस्सल डॉक्टरांशी संधान बांधून स्वतःच्या प्रॅक्टिसचा जम बसविणे, रुग्ण घेऊन येणाऱ्या डॉक्टर-दलालांना 'कट' देणे, आणि वर उल्लेखिलेली नव्या स्वरूपाची जातीय स्पर्धा या घडामोडींनी वैद्यक व्यवसायाला अनिष्ट वळण लागत आहे. खानदेशातील एका जिल्ह्याच्या गावी आम्ही असेही ऐकले, की कट जास्त देण्याची तयारी दाखवून रुग्ण स्वतःकडे खेचण्याचा प्रकार वाढत आहे. उच्च श्रीमंती राहणीमान कायम राखण्यासाठी आवश्यक तेवढा पैसा मिळविण्याच्या दडपणाखाली रुग्णांसाठीच्या वाढत जाणाऱ्या स्पर्धेत टिकून राहणे दलित/मागासवर्गीय डॉक्टरांपैकी काहींना तरी नजीकच्या भविष्यकाळात सोपे जाणार नाही. आपल्या प्रतिस्पर्ध्याची प्रॅक्टिसमध्ये खीळ बसावी यासाठी अपप्रचार करण्यास डॉक्टर मागेपुढे पाहात नाहीत असा अनुभव एक-दोन डॉक्टरांनी आम्हास सांगितला. प्रॅक्टिसमधील भ्रष्ट अपप्रकाराचा अवलंब हा, प्रसंग येईल तेव्हा, तुलनेने, दलित-आदिवासी व काही 'इतर मागासवर्गीय' व भटक्या/विमुक्त जमातींमधील डॉक्टरांना जास्त चटकन बदनाम करील. राखीव जागांवरून समाजात पूर्वग्रहदूषित तणावाचे वातावरण आधी आहेच. या पार्श्वभूमीवर भ्रष्ट अपप्रकारांच्या प्रकरणांचा बदनाम करण्यासाठी प्रभावी रीत्या वापर केला जाऊ शकेल.

*

प्रकरण पाचवे

राखीव जागांचे प्रयोजन व त्यांची फेररचना

५·१. फेरविचाराची गरज

राखीव जागांमधून प्रवेश घेऊन डॉक्टर होणाऱ्या द / मा विद्यार्थ्यांची डॉक्टर बनण्याची क्षमता, डॉक्टर या नात्याने पात्रता, आणि स्वतंत्र प्रॅक्टिस करण्याची कुवत या बाबतींत राखीव जागांना विरोध करणाऱ्यां-मध्ये प्रचलित असलेले प्रवाद पूर्वग्रहदूषित आहेत असा निःशंक व ठाम निष्कर्ष आमच्या सर्वेक्षणामधून निघतो इतकेच म्हणून थांबणे इष्ट व योग्य मात्र होणार नाही. राखीव जागांची तरतूद हा आजचा एक ज्वलंत वाद-विषय आहे. राखीव जागा चालूच राहिल्या पाहिजेत असे ठाम समर्थन करणे पुरेसे नाही. राखीव जागांची आजची तरतूद व तीसंबंधीचे नियम आणि त्यांची अंमलबजावणी यांबाबत फेरविचार करून ही व्यवस्था अधिक निर्दोष व कालानुरूप कशी होईल हे पाहण्याची निकड आहे.

एरवी ज्यांना परीक्षेतील टक्केवारीच्या बळावर वैद्यक अभ्यासक्रमास प्रवेश मिळाला असता, त्यांना राखीव जागांमुळे प्रवेश मिळत नाही, व अशांचे प्रमाण शंभरांत वीस इतके तरी अद्यापिही आहे, ही वस्तुस्थिती प्रथम स्वीकारली पाहिजे. गुणवत्ता मोजण्यासाठी आज जी कसोटी शिक्षणक्षेत्रात वापरली जाते तीनुसार ही मुले विशेष गुणवान असतात आणि त्यांची तीव्र इच्छा असलेला अभ्यासक्रम त्यांना घेता येत नाही या अर्थाने त्यांची संधी हिरावून घेतली जाते, ही गोष्टही स्वीका-रली पाहिजे.

समता व न्याय यांची प्रस्थापना, जात्यधिष्ठित समाजाच्या जागी एकात्म समाजनिर्मिती या सामाजिक पातळीवरील उच्चतर ध्येयांसाठी, तशीच वेळ पडली तर, शंभरांतल्या चौतीस मुलांची संधी हिरावून घ्यावी, पण उच्च ध्येयांच्या साध्याला प्राथम्य द्यावे असा निर्णय समाजाने केलेला आहे. ज्या विशेष गुणवान मुलांची संधी हिरावून घेतली जाते त्यांना व त्यांच्या कुटुंबांना न्याय द्यायचा असेल तर राखीव जागांचा लाभ सत्पात्री पडतो आहे आणि ध्येयांच्या सिद्धीच्या दिशेने वाटचाल होते आहे, हे काटेकोरपणे पाहिले जायला हवे. तरच राखीव जागांचे समर्थन करता येईल, व त्यांच्याविषयी सामंजस्य समाजात निर्माण करून टिकविता येईल.

राखीव जागांचा लाभ मिळण्यास कोण पात्र आहे असे म्हणावे ? या संदर्भात तीन मुद्दे आमच्या अभ्या-साच्या ओघात समोर आले. ते पुढीलप्रमाणे : (१) वैद्यक अभ्यासक्रम समाधानकारकपणे पूर्ण करता येईल इतकी त्याची गुणवत्ता असायला हवी, (२) खुल्या स्पर्धेतून जागा मिळविण्याच्या दृष्टीने अपंग म्हणता येईल इतके मागासलेपण व दुबळेपण विद्यार्थिस्पर्धकाच्या जातीचे व कुटुंबाचे खरोखरी असावे; आणि (३) ज्यांच्या-साठी राखीव जागा ठेवल्या आहेत त्या जातिजमाती-पैकी सर्वांना न्याय मिळतो आहे ना, हे पण पाहिले-जावे.

५·२. प्रवेशासाठी किमान आवश्यक गुणांची टक्केवारी

राखीव जागांचे वाटप करण्यासाठी आज चार गट पाडलेले आहेत. प्रत्येक गटामध्ये स्पर्धेच्या तत्त्वानुसारच निवड केली जाते. गुणांची टक्केवारी हाच सर्व जात-गटांसाठी समान निकष आहे. यामुळे हळूहळू प्रत्येक जातजमातगटामध्ये ‘पहिल्या’ व ‘शेवटच्या’ टक्के-वारीची पातळी वर उचलली जात आहे.

‘शेवटच्या टक्केवारी’च्या बाबतीतले अंतर दलित-भटके/विमुक्त-आदिवासी यांच्या बाबतीत टिकून राहिले असले तरी, ‘काठावर पास होऊनही प्रवेश मिळतो’ असे म्हणण्यासारखी परिस्थिती राहिलेली नाही. शिवाय वैद्यकीय महाविद्यालयात प्रवेश मिळण्यासाठी किमान ४०% गुण हवेत अशी आज अट आहेच. तेव्हा किमान पहिला मुद्दा आपोआपच बाद ठरत नाही का ? असा प्रश्न करता येईल. औपचारिकत: केवळ विचार केल्यास हा निरुत्तर करणारा प्रश्न आहे हे कबूल करावे लागेल.

पण परीक्षांमधील कामगिरी पाहात असताना समोर आलेले तथ्य जर ध्यानात घेतले तर विचार करण्यासारख्या काही गोष्टी आहेत असे म्हणायला हवे. परीक्षा पास होण्याकरता कराव्या लागणाऱ्या खेपा आणि परीक्षांमध्ये मिळणाऱ्या गुणांची टक्केवारी या दोन्ही दृष्टींनी पाहता दलित व आदिवासी गटांमधील विद्यार्थ्यांची कामगिरी सातत्याने आणि लक्षणीय व ठळक प्रमाणात कमी दर्जाची राहिल्याचे आढळून आले. अभ्यासक्रम अर्धवट सोडून देणाऱ्यांचे वा मध्येच सोडून द्यावा लागलेल्यांचे प्रमाण एकंदरीने फार मोठे नसले तरी त्याचीही दखल घ्यायला हवी. परीक्षक मुद्दामहून कमी गुण देतात असे आम्हाला दलित-आदिवासी डॉक्टरांनी सांगितले नाही. तेव्हा, परीक्षांमधील कामगिरीत वास्तवाचे प्रतिबिंब यथार्थपणे उमटलेले आहे असे गृहीत धरणे इष्ट ठरेल.

परीक्षेत जास्त खेपा लागल्या वा थर्ड एम. बी. बी. एस. च्या परीक्षेत ५०–५१ टक्क्यांच्या आसपास गुण मिळाले तरी डॉक्टरचा व्यवसाय करता येतो, डॉक्टरचा व्यवसाय यशस्वीपणे करण्यासाठी पुस्तकी पढिक ज्ञानाची फार गरज नसते, वेगळीच कौशल्ये उपयोगी पडतात; हे सर्व म्हणणे ठीक आहे. तरीपण, सातत्याने दिसून येणारे हे ठळक अंतर ही दुर्लक्ष करण्याइतकी क्षुल्लक बाब आहे असे मानणे गैर होईल.

वैद्यकपूर्व परीक्षेचे निकाल हे वस्तुनिष्ठ, निःपक्षपाती व विश्वासार्ह असतात का, याविषयी शंका वाटावी अशी दुर्दैवाने आज स्थिती आहे. तरीपण, भ्रष्टाचाराच्या मार्गाने प्राप्त केलेल्या गुणांची प्रकरणे वगळता, वैद्यकपूर्व परीक्षेतील गुणांची टक्केवारी आणि वैद्यक अभ्यासक्रम समाधानकारकपणे पूर्ण करता येण्याची क्षमता यांच्यात काही सहसंबंध आढळेल असे आम्हाला वाटते. अलीकडे वैद्यकपूर्व (बारावीच्या) परीक्षेची पद्धती बदलल्यानंतरच्या काळात परीक्षेत उच्च कोटीचे गुण विज्ञान विषयांमध्ये मिळणे ही सामान्य गोष्ट झाली आहे. एकीकडे हा बदल झालेला असूनही, प्रवेशासाठी आवश्यक किमान गुणांच्या टक्केवारीचा फेरविचार झालेला नाही. खुल्या स्पर्धेतील शेवटची टक्केवारी आणि राखीव जागांमधून प्रवेश मिळण्यासाठी आवश्यक किमान टक्केवारी यांचा काही संबंध राखावा, अशी सूचना एका 'राखीव' डॉक्टरांनी केली आहे. आमच्या मुलांची संधी हिरावून घेतली जाते तर निदान ती गुणवत्तेने फार कमी नसलेल्या विद्यार्थ्यांना मिळते हे तरी पथ्य सांभाळले जावे, ही अपेक्षा गैरवाजवी नाही असे आम्हाला वाटते.

बदललेल्या परीक्षापद्धतीची दखल घेऊन प्रवेशासाठीची किमान आवश्यक टक्केवारी ६०–भौतिकी-रसायन-जीवशास्त्र यांची ७०–करावी, अशासारखा बदल सुचविता येईल.

असा बदल करण्यात दोन प्रकारच्या अडचणी आहेत. आदिवासी गटासाठीच्या काही जागा मग भरल्या न जाण्याची शक्यता आहे. प्रत्येक राखीव जातगटात काही जाती सापेक्षतः पुढारलेल्या आहेत तर इतर अनेक अल्पसंख्य, मागास व दुबळ्या आहेत. किमान आवश्यक टक्केवारी जर उंचावली तर या अनेकानेक जातिजमातींमधील विद्यार्थ्यांचा प्रवेश आणखीच कठीण होऊन बसेल.

वैद्यक अभ्यासक्रमासाठी प्रवेशाची किमान टक्केवारी वाढविण्यामुळे राखीव जागांचे प्रमाण कमी होणार नाही. कोणत्याही एका जातगटासाठी राखून ठेवलेल्या जागा पूर्ण भरल्या न गेल्यास अग्रक्रमाने त्या जागा कोणत्या जातगटास मिळाव्यात यासंबंधी ठरलेले नियम आहेत.

वैद्यकपूर्व परीक्षेत राखीव जातगटात समाविष्ट अनेकानेक अल्पसंख्य, मागास व दुबळ्या जातिजमातींमधून पुरेशा संख्येने मुले बसतील आणि त्यांना चांगल्यापैकी गुण मिळतील यासाठी लौकरात लौकर उपाययोजना करणे हाच वास्तविक यावर खरा उपाय आहे.

राखीव जागांची तरतूद कायमच्यासाठीच चालू ठेवण्याची कल्पना समाजास शोभा देणारी नाही. प्रश्नावली भरून पाठविणाऱ्या द/मा डॉक्टरांनीही याचे भान प्रकट केले आहे. आजमितीला नाइलाज म्हणून राखीव जागांची तरतूद चालू ठेवत असतानाच वसतिगृहाधारित दर्जेदार शाळांचे जाळे अंथरण्याच्या उपक्रमावर समाजाने पुरेसा भर देणे अगत्याचे आहे. दुर्दैवाने आज शासकीय धोरणांमुळे, दिवाळखोर राजकीय-सामाजिक नेतृत्वामुळे आणि, मुख्य म्हणजे, उच्च मध्यमवर्गाच्या लोभी आप्पलपोटेपणामुळे समाजाचा अभिक्रम इतका खच्ची झाला आहे की, एका बाजूला, सरकारी पातळीवर योजनांची अंमलबजावणी भ्रष्ट स्वरूपात होते आणि, दुसरीकडे, स्वतंत्रपणे समाज या दिशेने फारच थोडे कार्य करतो.

५.३. जातिजमातींच्या व कुटुंबांच्या मागासलेपण/पुढारलेपणाचे पर्याप्त गमक

शैक्षणिक, सामाजिक-सांस्कृतिक मागासलेपण व आर्थिक दुबळेपण हे राखीव जागांचे मुळातले समर्थन आहे. जात्यधिष्ठित समाजव्यवस्थेने मागासलेपण व दुबळेपण व्यवस्थेचा भाग म्हणून विवक्षित जातिजमातींवर लादलेले होते म्हणून जातजमातींच्या आधारे राखीव जागा ठेवल्या गेल्या. ब्रिटिश राजवट आणि नंतरची स्वातंत्र्योत्तर काळातली चाळीस वर्षे यांच्या ओघात समाजात जे बदल घडून आले आहेत त्यांची दखल न घेता, जणू काही येथे आजही घट्ट, साचेबंद व्यवस्था अस्तित्वात आहे अशा पद्धतीने आज राखीव जागांच्या विस्ताराच्या बाजूने युक्तिवाद केले जात आहेत. राजकीय वजनाचा वापर केला जात आहे.

ज्या देशात, वेगवेगळ्या अंदाजांनुसार, चाळीस ते साठ टक्के लोक दारिद्र्यरेषेच्या खाली वा तिच्या जवळपास जीवन जगत आहेत त्या देशांत कोणतीही जात, जमात वा धार्मिक समाज घेतला तरी त्या त्या जात, जमात वा धार्मिक समाजात मोठ्या संख्येने गरीब व दुबळी कुटुंबे आढळल्याखेरीज राहावयाची नाहीत. पिढ्यान् पिढ्या फारसे शिक्षण न झालेली, व्यवसायामुळे सामाजिक-सांस्कृतिक मागासलेपण असलेली ब्राह्मण कुटुंबेही देशाच्या काही भागांमध्ये आजही सापडतील. सर्व समाजात पसरलेल्या सार्वत्रिक गरिबी, मागासलेपण व दुबळेपण यांच्यावर राखीव जागा हा उपाय होऊ शकत नाही, हा विवेक राखीव जागांची मुळात तरतूद करणाऱ्यांच्या ठायी होता.

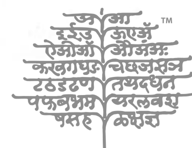
एखादी जात, जमात वा धार्मिक समाज घेतला तर त्यात गरीब व दुबळी या अर्थाने मागास अशी बरीच कुटुंबे आढळतात, किंवा त्या समाजाचा पारंपरिक व्यवसाय हा बिगर-पांढरपेशा होता, ही वस्तुस्थिती जागा राखीव ठेवण्याच्या दृष्टीने पुरेशी नाही. दलित, आदिवासी, भटके/विमुक्त यांच्यात आढळणारी गरिबी व दुबळेपण हे विशिष्ट स्वरूपाच्या सामाजिक-मानसिक अंतरामुळे निर्माण झालेले, टिकवून धरलेले होते. या अर्थाने ते संरचनात्मक अंतर होते. जागा राखीव ठेवण्याच्या संदर्भात हे **अंतर** व या अंतराशी निगडित **मानसिकता** या निर्णायक गोष्टी मानलेल्या होत्या.

सवर्ण हिंदू समाजाची मानसिकता हा निर्णायक घटक का, ते समजावून घेतले पाहिजे. दलित, आदिवासी व भटके/विमुक्त यांना आपण होऊन न्याय देण्यात झुकते माप देण्यात आड येणारी ही मानसिकता आहे. संरचनात्मक अंतर, त्याच्या पुष्टचर्थ असलेले पारंपरिक निर्बंध आणि त्यांशी निगडित मानसिकता ध्यानात घेऊन जागा कायद्याने राखून ठेवण्याची गरज स्वीकारली गेली, ही मानसिकता खास हिंदू असल्याने बिगर-हिंदू समाजांसाठी जागा राखून ठेवल्या गेल्या नाहीत.

धर्मांतरित पूर्वास्पृश्य, आदिवासी व भटके/विमुक्त, ख्रिस्ती, मुसलमान, शीख, यांच्या बाबतीत बहुसंख्याक सवर्ण हिंदू समाजाची हीच मानसिकता आजही टिकून आहे असा युक्तिवाद पुढे करून यांच्यासाठीही राखीव जागा व सवलती यांची मागणी केली जात आहे. या युक्तिवादात अगदीच तथ्य नाही असे नाही. पण तरीही अशा धर्मांतरितांना व आज राखीव जागा ज्यांच्यासाठी ठेवलेल्या आहेत त्यांना एकाच मापाने मोजता येणार नाही.

आज जे राखीव जातगट पाडलेले आहेत त्यांच्याही बाबतीत काही त्रुटी जाणवतात. त्यांतली एक त्रुटी अशी की, त्या त्या जातगटात समाविष्ट सर्व जातिजमातींची अवस्था सारखी नाही. पूर्वास्पृश्य ('दलित') गट घेतला तरी एकीकडे महार/नवबौद्ध व चांभार आणि दुसरीकडे मांग, ढोर, धेड, भंगी यांच्या स्थितीत महत्त्वाचे अंतर आहे. भटके/विमुक्त घेतले तर तांत्रिक दृष्ट्या परंपरेने भटके/विमुक्त असलेल्या काही जमाती आज सांस्कृतिक व सामाजिक दृष्ट्या बऱ्याच पुढारलेल्या, प्रतिष्ठित, नागर व स्थिर आढळतात. उदाहरणार्थ गोसावी, बावा या अशा जमाती दिसतात. 'इतर मागासवर्गीय' गटात तर ही गोष्ट ठळकपणे जाणवते. सवर्ण असूनही ज्या जाती विशिष्ट सामाजिक संरचनेमुळे दलित, भटके/विमुक्त यांच्याप्रमाणेच मागास व दुबळ्या आहेत त्यांचा समावेश राखीव कोटीत करण्यात निश्चितच न्याय होता. पण मग या जातगटात शेतकरी/नागर कारागिरी व्यवसायात असलेल्या महाराष्ट्रातील काही मोठ्या, सापेक्षतः पुढारलेल्या जातींचा समावेश केला जायला नको होता. या गटात जातींचा समावेश करताना दक्षता, संयम व काटेकोरपणा बाळगण्याची गरज होती. ती दर्शविली गेली असे दुर्दैवाने, महाराष्ट्रापुरते तरी, म्हणता येत नाही.

पूर्वास्पृश्य, आदिवासी, भटके/विमुक्त यांचे संरचनात्मक मागासलेपण-दुबळेपण सामान्यतः निर्विवाद





असले तरी, स्वातंत्र्योत्तर काळातल्या घडामोडींनी पडलेला फरक आज ध्यानात घेण्याची गरज आहे. ग्रामव्यवस्था व ग्रामीण समाज यांच्यातल्या पारंपरिक व्यवसाय व स्थान यांच्यातून मुक्त होऊन नव्या व्यवसायांमध्ये पैसाअडका मिळविण्याच्या संधी ब्रिटिश राजवटीने अधिक प्रमाणात उपलब्ध झाल्या आणि पारंपरिक व्यवस्थेचे प्रामाण्यही उरले नाही. याचा लाभ उठवून अ-परंपरागत व्यवसायांत व नागर जीवनात स्थिर झालेल्या कुटुंबांचा एक प्रवाह स्वातंत्र्यपूर्व काळातच अस्तित्वात आला. काही जातिजमाती शेतीवरही स्थिर झाल्या. तुरळक प्रमाणात का होईना, यांपैकी अनेक व्यक्ती थोड्याअधिक शिकल्या व अल्पशिक्षणाधारित कनिष्ठ व्यवसायांत शिरल्या. स्वातंत्र्योत्तर काळात ही सारी प्रक्रियाच अधिक गतिमान झाली. आमच्या अभ्यासातही या प्रक्रियेचे प्रतिबिंब स्वच्छ उमटलेले आढळले.

नमुना-गटात समाविष्ट द/मा डॉक्टरांच्या कौटुंबिक पार्श्वभूमीच्या आधारे असे म्हणता येईल की, स्वातंत्र्य मिळाले त्या वेळी उच्चशिक्षित, पांढरपेशा नोकरीपेशामध्ये असलेली कुटुंबे राखीव जागा लाभधारक जातिजमातींमध्ये फार कमी असावीत. राखीव जागांचा लाभ घेऊन प्रवेश घेतलेल्यांत मजुरी, शेती, बलुतेदारी व्यवसाय, फुटकळ दुकानदारी, व्यापार अशा बिगर-शैक्षणिक व्यावसायिक कौटुंबिक पार्श्वभूमीमधून आणि अल्पशिक्षणाधारित नोकरीपेशांमधील कुटुंबांमधून आलेल्यांचे प्रमाण बरेच मोठे आहे. व्यावसायिक कौटुंबिक पार्श्वभूमीच्या मुद्द्याच्या बाबतीत नमुना-गट कितपत प्रातिनिधिक आहे याविषयी ठामपणे विधान करणे शक्य नाही. दलित, आदिवासींपैकी अधिक यशस्वी डॉक्टरांचा प्रतिसाद आम्हाला जास्त प्रमाणात मिळाला ही गोष्ट लक्षात घेता उच्चशिक्षित पांढरपेशी कौटुंबिक पार्श्वभूमी असलेल्या विद्यार्थ्यांचे प्रमाण नमुना-गटात अधिकच राहिले असल्याची जास्त शक्यता आहे.

बै. जि. वैद्यकीय महाविद्यालयाच्या कार्यालयात काम करणाऱ्या व द/मा विद्यार्थ्यांशी अनेक वर्षे जवळून संबंध असलेल्या, द/मा विद्यार्थ्यांच्या समस्यांविषयी विशेष सहानुभाव बाळगणाऱ्या एका व्यक्तीच्या सांगण्यानुसार अलीकडच्या काही वर्षांमध्ये, काही अपवाद वगळता, बहुसंख्य द/मा विद्यार्थी सुस्थितीतल्या कुटुंबांमधून येतात; छात्रवृत्ती वर्षभर हाती पडली नाही तरी त्यांचे चालू शकते असे त्यांचे अनुभवान्ती मत बनल्याचे त्यांनी सांगितले. स्वातंत्र्योत्तर काळात झालेला शिक्षणप्रसार आणि छात्रवृत्त्या/विशेष सोयीसवलतींचा विस्तार यांचा लाभ घेऊन महाविद्यालयीन शिक्षण पूर्ण करून राखीव जागांच्या साहाय्याने कनिष्ठ व मध्यम श्रेणीच्या पांढरपेशा नोकरीपेशामध्ये प्रविष्ट झालेल्या व्यक्तींच्या संख्येत पुष्कळ वाढ झालेली आहे. १९६०–६५ या काळात नोकरीचाकरीला लागलेल्यांची मुलेमुली गेल्या आठदहा वर्षांमध्ये वैद्यकीय महाविद्यालयात येऊ लागलेली आहेत. बदलाच्या प्रक्रियेसंबंधी व त्याच्या परिणामांविषयी वर जे विवेचन केले आहे त्याच्याशी या बै. जि. च्या कार्यालयात काम करणाऱ्या व्यक्तीचे निरीक्षण सुसंगत आहे. आणखी आठ-दहा वर्षांमध्ये चित्र आणखी पालटेल.

ज्यांची मुले लहानपणापासून शैक्षणिक दृष्ट्या अनुकूल वातावरणात वाढतात, ज्यांची घरची परिस्थिती बऱ्यापैकी आहे आणि ज्यांनी खुल्या स्पर्धेत उतरून प्रवेश मिळवावा अशी अपेक्षा बाळगणे उचित होईल असा एक बऱ्यापैकी मध्यम/उच्चमध्यमवर्गीय पांढरपेशा थर दलित/मागासवर्गीयांमधील, विशेषत: 'इतर मागासवर्गीय', भटके/विमुक्त व दलितांमध्ये निर्माण झालेला आहे, असा बोध यावरून होतो. याचे प्रतिबिंब वरवर सरकत चाललेल्या 'शेवटच्या' टक्केवारीच्या पातळीतही पडताना पाहावयास मिळते. बदललेल्या सामाजिक स्थितीमधून सूचित होणारा निष्कर्ष स्पष्ट आहे. राखीव जागांची तरतूद चालू ठेवावयाचे ठरल्यास, या तरतुदीचा लाभ घेण्यास कोणास पात्र समजावे हा प्रश्न उपस्थित करून दोन अंगांनी योग्य तो बदल करण्याची वेळ आलेली आहे. इतर मागासवर्गीय व भटके/विमुक्त या गटांमध्ये समाविष्ट जातिजमातींच्या यादीची छाननी करून काही जातिजमातींना यांच्यामधून वगळले पाहिजे. त्याच वेळी, ज्या जातिजमातींना राखीव जागांचा लाभ मिळत राहील त्या जातिजमातींमधील कोणत्या कुटुंबांतील मुलांना लाभ मिळू शकणार नाही त्याची स्पष्टता करावी लागेल.

'इतर मागासवर्गीय' गटात समाविष्ट दीडएकशे जातींपैकी ज्या थोड्या जातींमधील मुले तरतुदीचा लाभ घेतात, त्यांच्या दृष्टीने राखीव जागांना आता फारसा अर्थ राहिलेला नाही. कारण 'शेवटची' टक्के-

अनुक्रमणिका

वारी खुल्या स्पर्धेच्या गटाशी बरोबरी करू लागली आहे. तेव्हा या गटांमधील प्रमुख पुढारलेल्या जातींना वगळण्यामागील तर्क पटवून देणे अवघड जाऊ नये. या जाती वगळल्यामुळे या गटामध्ये ज्या सापेक्षतः अधिक मागास इतर जाती आहेत त्या जातींमधील मुलांना संधी उपलब्ध होईल. सामाजिक न्यायप्रस्थापनेच्या दृष्टीने ते महत्त्वाचे पुढचे पाऊल ठरेल.

भटक्या/विमुक्तांमध्ये कधीकाळी भटक्या असणाऱ्या बावा, बैरागी, गोसावी यांसारख्या अशा जमातींचा समावेश आहे ज्या आज नागर जीवनात चार-दोन पिढ्यांपासून स्थिर आहेत, आणि त्यांचा सामाजिक-सांस्कृतिक दर्जा उच्चवर्णीयांबरोबरचा आहे. त्यांतल्या अनेक सुस्थितीतही आहेत. याचे प्रतिबिंब 'शेवटच्या' टक्केवारीत तसेच परीक्षांमधील कामगिरीत उमटते. प्रश्नावली व मुलाखती यांतून जी माहिती समोर आली तिनेही यास दुजोरा मिळतो. यांना गेली अनेक वर्षे लाभ मिळाला आहे. तेव्हा अशा जमातींनाही वगळण्याने, या गटातील सापेक्षतः आजही भटक्या व पीडित अवस्थेत असलेल्या जमातींमधील मुलांना राखीव जागांचा लाभ मिळेल. सामाजिक न्यायाच्या दृष्टीने ही गोष्ट योग्य ठरेल.

दलितांच्या गटात, महाराष्ट्रापुरत्या, दोन प्रमुख जाती म्हणजे महार/नवबौद्ध व चांभार होत. या दोन्ही जातींमध्ये शिक्षण, पेशा, उत्पन्न व राहाणी या दृष्टींनी पुढारलेल्या कुटुंबांचा एक थर निर्माण झाला आहे ही वस्तुस्थिती सर्वांच्या परिचयाची आहे. पण या जाती, समाज म्हणून पुढारलेल्या आहेत असे म्हणणे आज योग्य होणार नाही. ग्रामीण भागात अद्यापही मोठ्या संख्येने या समाजांचे वास्तव्य आहे. पण जातीच्या पातळीवर यांना वगळणे आज अनुचित ठरणार असले तरी या जातींमधल्या पुढारलेल्या, पांढरपेशा थराला वगळणे योग्य होईल. त्यांच्याच जातींमधल्या अधिक मागास व दुबळ्या कुटुंबांमधील मुलांना तसेच मांग, ढोर, भंगी आदी सापेक्षतः सोपानाच्या खालच्या पायऱ्यांवर असलेल्या व आर्थिक-सामाजिक-शैक्षणिक दृष्ट्या अधिक मागे असलेल्या जातींना न्याय मिळण्याच्या दृष्टीने महार/नवबौद्ध व चांभार जातींमधील या थरातल्या कुटुंबांना वगळणे आवश्यकही आहे.

शैक्षणिक दृष्ट्या पुढारलेल्या व सुस्थितीतल्या कुटुंबांना राखीव जागांचा लाभ मिळत राहू नये असे म्हटल्यावर, हा न्याय राखीव गटांमधील सर्वच जातिजमातींमधील कुटुंबांना लागू होईल ही गोष्ट ओघानेच आली.

५·४. जातिजमातींच्या पुढारलेपणाची कसोटी

राखीव जागांची तरतूद केली गेली तेव्हा ती करणाऱ्या समाजधुरिणांनी देखील खोलात जाऊन फारशी स्पष्टता करून घेतलेली नव्हती. पूर्वनिश्चित कालमर्यादेसाठी ही तरतूद केलेली असल्याने स्पष्टता करून घेण्याची आवश्यकता भासली नसेल. नजीकच्या भविष्यकाळात राखीव जागांची तरतूद रद्द केली जाईल अशी शक्यता नसल्याने आज मात्र अशी स्पष्टता करून घेण्याची नितान्त आवश्यकता आहे.

कोणत्याही क्षेत्रात राखीव जागा ठेवलेल्या असतात, तेव्हा एकंदर जागांपैकी काही थोड्याच जागा या पद्धतीने राखीव ठेवल्या जाऊ शकतात. याचाच अर्थ असा की, ज्या विवक्षित जातिजमातींमधील व्यक्तींसाठी ही तरतूद केलेली असेल त्या जातिजमातींमधील अगदी मोजक्या कुटुंबांनाच तिचा फायदा मिळू शकतो. आणि जर लाभ मिळालेली कुटुंबे व जातिजमाती या काही-एका नियमानुसार वगळल्या गेल्या नाहीत तर या तरतुदींचा लाभ त्याच त्या कुटुंबांना व जातिजमातींना पुनःपुन्हा होत राहील, ही शक्यता वाढते.

नमुना-गटातील अनेक डॉक्टरांच्या उत्तरांवरून असे उघड होते की, राखीव जागा लाभधारक जातिजमातींच्या कुटुंबांमधील प्रत्येकाचा किंवा किमान दर कुटुंबातील एका तरी व्यक्तीचा उच्चशिक्षित पांढरपेशा व्यवसायात प्रवेश होईल हे पाहण्यासाठी राखीव जागांची तरतूद आहे अशी त्यांची समजूत आहे. राखीव जागांची तरतूद जरी कायमची म्हणून चालू ठेवली तरी हे उद्दिष्ट साध्य होऊ शकणार नाही. खुल्या स्पर्धेच्या गटात आज जी परिस्थिती आहे ती पाहिल्यास ही गोष्ट स्पष्ट होईल. या गटातील सवर्ण हिंदू जाती व अन्य-धर्मीय समाज यांमधील एका अगदी अल्पसंख्य अशा थरामधूनच बहुसंख्य मुले भरती होताना आपणास दिसतात. अशाच प्रकारची अनौपचारिक मक्तेदारी राखीव गटांमध्येही प्रस्थापित होईल. तेव्हा सामाजिक न्यायाच्या दृष्टीने पुढारलेल्या जातिजमाती आणि कुटुंबे राखीव गटांमधून व लाभधारकांमधून वगळली जाण्याची आवश्यकता आहे.

राखीव गटात समाविष्ट असलेली जातजमात केव्हा वगळली जावी ? याचे उत्तर देणे अर्थातच सोपे नाही. त्या जातिजमातीमध्ये राखीव जागांचा लाभ मिळण्यास पात्र अशी अनेक कुटुंबे शिल्लक असतानाच त्या जातजमातीला वगळण्याचा निर्णय घेणे उचित कसे होईल, असा प्रश्न पडेल. पण हा प्रश्नच चुकीचा आहे हे ध्यानात घ्यायला हवे. राखीव जागांच्या तरतुदींचे व्यवहारात मर्यादित प्रयोजन हेच आहे की, खुल्या स्पर्धेत यशस्वी होण्याइतकी क्षमता असलेली कुटुंबे त्या त्या जातिजमातींमध्ये पुरेशा संख्येने नसताना काही एका संख्येने विवक्षित व्यवसायांचे शिक्षण घेणाऱ्या व्यक्ती पुढे याव्यात व व्यवसायात उतराव्यात. त्या दृष्टीने पर्याप्त प्रमाणात त्या त्या जातिजमातींमध्ये कुटुंबे निर्माण झाल्यावर त्या जातिजमातीला राखीव गटात ठेवण्याची गरज नाही, असे मानता येईल. जेवढ्या जागा त्या त्या गटासाठी राखीव ठेवलेल्या आहेत त्या जागा प्राप्त करून घेण्यासाठी आवश्यक असणारी गुणांची शेवटची टक्केवारी जर खुल्या स्पर्धेतल्या गटातल्या शेवटच्या टक्केवारीच्या बरोबरीची येत असेल तर ती त्या जातिजमातींमध्ये पुरेशा प्रमाणात पुढारलेली कुटुंबे अस्तित्वात आली आहेत याची निशाणी मानता येईल. कारण खुल्या स्पर्धेतूनही त्या जातिजमातींमधून त्या त्या विशेष स्वरूपाच्या उच्च पांढरपेशा व्यवसायात व्यक्ती प्रवेश करू शकतील अशी परिस्थिती निर्माण झालेली असेल.

यात गुंतागुंत अशी की, एकेका राखीव गटात अनेक जातिजमातींचा समावेश केला गेलेला आहे, व त्यांची अवस्था एकसारखी नाही. पण ही अडचण अनुल्लंघनीय नाही. उदाहरणार्थ, भटक्या/विमुक्त गटात अनेक जमातींचा समावेश आहे. याचाच अर्थ असा की, त्यांपैकी कोणत्याही एका जमातीमधून साऱ्याच जागा भरल्या जाण्याची अपेक्षा ठेवलेली नाही. तेव्हा एखाद्या जमातीमधून त्या जमातीच्या लोकसंख्येच्या प्रमाणात दरवर्षी विद्यार्थी खुल्या स्पर्धेत प्रवेश घेण्याइतके गुण मिळवू शकतात असे सातत्याने आढळले तर ती जमात वरील अर्थाने पुढारलेली मानता येईल.

५·५. फेररचना कितपत व्यवहार्य ?

आमच्या मुलाखतींच्या ओघात आम्हाला आढळले की बहुतेक डॉक्टरांना, त्यांच्या मुलांना राखीव जागांचा लाभ मिळणे उचित होणार नाही हे मनोमन पटत होते. सर्व प्रकारची अनुकूलता असल्याने त्यांनी खुल्या स्पर्धेतूनच प्रवेश मिळवायला हवा असे त्यांना वाटते. पण आणखी जोडीला हातचा असू द्यावा म्हणून, जरूर पडलीच तर, राखीव जागांचा लाभ घेता यावा असा मोह त्यांना पडतो. यावरून एक बोध आपण घेऊ शकतो. ज्या घरातले आईवडील दोघेही शिक्षित असतात, वडील वा आई वा दोघेही पांढरपेशा व्यवसायात असतात आणि आर्थिक स्तर मध्यमवर्गीय असतो तेथे इतःपर राखीव जागेच्या तरतुदीचे संरक्षक कवच कायम राखण्याची गरज उरत नाही.

शेती, व्यापार, दुकानदारी, कारागिरी व्यवसाय इत्यादी असे काही व्यवसाय आहेत की ज्यांच्यापासून होणारे उत्पन्न चांगल्यापैकी असू शकते. पण ग्रामीण भागातील निवास, घरात आईवडिलांचे शिक्षण झालेले नसणे, पांढरपेशा वळण नसणे या कारणांनी मागासलेपण टिकून राहू शकते. पण गेल्या चाळीस वर्षांमधील घडामोडींचा एक परिणाम निश्चित असा झालेला आहे की, उत्पन्न व सामाजिक दर्जा यांच्या दृष्टीने मध्यमवर्गीय वा उच्चतर पदवीला पोचलेल्या कुटुंबांतल्या मुलांच्या चांगल्या शिक्षणाची व्यवस्था केली जाते व काळजीही घेतली जाते. मग ते कुटुंब कोणत्याही जातीचे असो.

काही कसोट्या लावून कुटुंबांना वगळणे व्यवहार्य आहे. शिकून नोकरीपेशात असणारी जी माणसे आहेत त्यांच्या 'मालका'(एम्प्लॉयर)कडून त्यांची श्रेणी, उत्पन्न, शिक्षण यांबद्दलचे प्रमाणपत्र मागता येईल. जे खासगी व्यवसायांत आहेत त्यांची याच प्रकारची माहिती कोणी प्रमाणित करून द्यावयाची याचे काही नियम करता येतील. राखीव जागांचा लाभ मिळावा यासाठी अशा प्रमाणित माहितीपत्रक–प्रतिज्ञापत्राच्या आधारे केलेल्या अर्जांची छाननी सरकारी अधिकारी आणि सार्वजनिक जीवनातील काही सर्वमान्य व्यक्ती यांच्या स्थानिक मंडळाकडून करण्याची व्यवस्था करावी लागेल. साऱ्या राज्यातून जरी हजारो अर्ज येत असले तरी त्यांची शहरे, मोठी गावे व तालुके यांनुसार विभागणी केली तर एकेका युनिटमध्ये फार मोठी संख्या होणार नाही. ज्यांनी अर्ज केले असतील त्यांची माहिती तपासून कोणास आक्षेप घ्यावयाचा असेल तर त्याला दिलेली माहिती तपासून अर्ज देण्याची तरतूद करता येईल. बेजबाबदारपणे असे अर्ज केले जाऊ नयेत या दृष्टीने अर्जदारांकडून काही फी व अनामत रक्कम

घ्यावी. अर्ज नामंजूर झाल्यास अनामत जप्त करावी. कसोटचा, नियम व पद्धती (प्रोसिजर) आणि दंड इत्यादी तरतुदी अशा असाव्यात की गरजूला संकोच वा लाज वाटू नये; पण गरजू नसलेल्याला फजितीचा धाक वाटावा.

बिगरपांढरपेशा व्यवसाय अधिक ग्रामीण निवास अशी स्थिती असेल तेथे उदार धोरण स्वीकारण्याची गरज आहे. ज्या मुलांना वैद्यक, अभियांत्रिकी इत्यादी उच्च तांत्रिक शिक्षणासाठी लाभ मिळाला असेल ती सर्व तर आपोआपच बाद होतील. तसेच प्रथम व दुय्यम श्रेणी सरकारी अधिकारी व तत्सम खासगी नोकरीतले अधिकारी, काही प्रकारचे व्यावसायिकही बाद ठरविण्यास हरकत नाही. संगणकांच्या युगात अशांच्या याद्या अद्ययावत ठेवणे व वापरणे शक्य आहे.

समाजजीवन, राजकारण, सरकारी कारभार या क्षेत्रात किमान प्रामाणिकपणाही गृहीत धरता येत नाही अशी आज स्थिती झाली आहे; ही दुर्दैवाने वस्तुस्थिती आहे. पण त्या त्या काळातली या बाबतीतली जी वास्तवता असेल ती स्वीकारून, त्या मर्यादेत उपाययोजना लागू पडतील हे तथ्य मान्य करायला हवे. येथे मुद्दा एवढाच प्रस्तुत आहे की, काही कसोटचा लावून कुटुंबे वगळणे व्यवहार्य गोष्ट आहे.

राखीव जागा या जातिजमातींचे कायमचे विशेषाधिकार नसून सामाजिक न्यायाच्या दृष्टीने केलेली ती एक विशेष पण काही कालापुरतीची तरतूद आहे. ज्यांना तिचा लाभ मिळणे सामाजिक न्यायाच्या दृष्टीने गैर आहे त्यांना तो मिळण्याचे बंद होते हे दिसणे, याचा सार्वजनिक पडताळा मिळणे आवश्यक व महत्त्वाचे आहे.

समाधानाची व आशा वाढविणारी गोष्ट अशी की, या तरतुदींचा लाभ मिळून जे उत्कर्ष पावले, व ज्यांनी उच्चशिक्षित, मध्यमवर्गीय पांढरपेशा वर्तुळात प्रवेश केला अशा व्यक्तींना तरतुदींचा लाभ इत:पर न मिळण्यातला न्याय कळतो.

५.६. राखीव विद्यार्थ्यांना समयोचित मार्गदर्शनाचे महत्त्व

राखीव जागांमधून प्रवेश घेणाऱ्यांचे तीन गट पडतात. वास्तविक जे तितक्या मागासलेल्या कुटुंबांमधून वा जातिजमातींमधून आलेलेच नसतात पण औपचारिकतः त्यांना राखीवपणाचा लाभ मिळत असतो असा एक गट, खोटेच दाखले देऊन प्रवेश घेणाऱ्या विद्यार्थ्यांचा दुसरा गट आणि तिसरा, ज्यांच्या ठायी जात व कुटुंब या दोन्ही पातळींवर खरोखरचे मागासलेपण टिकून आहे अशांचा. या तिसऱ्या गटातल्या बहुतेक जणांना वैद्यक अभ्यासक्रम पूर्ण करण्यास जास्त अवधी लागतो व त्यांची गुणांची टक्केवारीपण साधारण पातळीवर राहते असे आढळल्याचे आम्ही वर नमूद केले आहेच.

बै. जि. महाविद्यालयांमध्ये दर वर्षी २०० मुलांना प्रवेश दिला जातो. त्यांपैकी ६८ 'राखीव' विद्यार्थी असतात. खुल्या स्पर्धेतून आलेल्या काही विद्यार्थ्यांसह, सुमारे पन्नासएक विद्यार्थ्यांना वैद्यक अभ्यासक्रम वेगवेगळ्या कारणांनी जड जातो असे म्हटले तर वावगे होणार नाही. दलित व आदिवासी गटातील विद्यार्थ्यांचे या पन्नासांमध्ये मोठे प्रमाण असते असे उपलब्ध माहितीवरून म्हणता येते, ही गोष्टही आमच्या विवेचनात येऊन गेली आहे.

अनेकविध प्रकारचे मागासलेपण आढळते या कारणामुळेच जर राखीव जागा ठेवल्या आहेत, तर त्यांमधून भरती होणाऱ्यांना सापेक्षत: अधिक अडचण जात असली तर ती गोष्ट स्वीकारण्यात कमीपणा वाटण्याचे कोणतेच कारण आम्हाला दिसत नाही. अमुक इतक्या प्रमाणात अशा विद्यार्थ्यांना प्रवेश द्यायचा निर्णय केल्यावर, शिक्षण पूर्ण होण्याच्या काळात त्यांच्या विशेष अडचणींची व समस्यांची दखल घेतली जायला हवी. वेगळ्या शब्दांत सांगावयाचे तर, हे विद्यार्थीही चांगल्या प्रकारे अभ्यासक्रम पूर्ण करू शकतील हे पाहण्याची पुढची जबाबदारी पण समाजाने घ्यायला हवी.

वैद्यकीय महाविद्यालयात प्रवेश घेण्याच्या निमित्ताने प्रथमच मोठ्या शहरात, एवढ्या मोठ्या संस्थेत व अपरिचित बहुढंगी वातावरणात येण्याच्या अनुभवाने या विद्यार्थ्यांना बावचळून गेल्यासारखे होते. निवासाची, जेवणाखाण्याची व्यवस्था जर लगेचच झाली नाही तर भरीला त्याचा मोठा ताण निर्माण होतो. यातून ही मुले कोणा ना कोणाच्या मदतीने मार्ग काढतात हे खरे; पण यात त्यांची मानसिक शक्ती फार खर्ची पडते. तसेच विद्यार्थिजगतातल्या 'दादा' संस्थेला पुष्टी देणारी ही परिस्थिती असते. वैद्यकीय अभ्यासक्रम पूर्ण करण्यास अधिक काळ लागणाऱ्या विद्यार्थ्यांपैकी काही वसतिगृहांमध्ये ठिय्या देऊन राहतात व नवख्या





विद्यार्थ्यांना मदत व मार्गदर्शन करीत त्यांचा फायदाही उठवतात असे आम्हाला कळले. दरवर्षी ग्रामीण भागातून, मागास परिस्थितीतून येणारे जे 'राखीव' व 'बिन-राखीव' विद्यार्थी असतील त्यांचे स्वागत करून त्यांची निश्चित व्यवस्था लावून देण्याचे काम खरोखरच इतके अवघड वा महाविद्यालयाच्या आवाक्याबाहेरचे आहे असे आम्हाला वाटत नाही. खरे तर ज्येष्ठ विद्यार्थ्यांनाही यात महत्त्वाची भूमिका दिली जाऊ शकते. मुख्य गरज आहे ती प्रश्न जाणण्याची व व्यवस्था करण्याची; निकड ओळखण्याची; महाविद्यालयाच्या पातळीवर परंपरा निर्माण करण्याची. महाविद्यालयाच्या विद्यार्थी-प्राध्यापक परिवारात आपणांस सामावून घेतले गेले आहे आणि आपली व्यवस्था लागली आहे ही अनुभूती पहिल्या दिवशीच जर नवख्या, बावचळलेल्या विद्यार्थ्यांना आली तर त्यांच्या शैक्षणिक कामगिरीवरही तिचा मोठा उत्साहदर्शक परिणाम होईल याची आम्हाला खात्री वाटते.

मुलाखतींमधून ध्यानात आलेला दुसरा महत्त्वाचा मुद्दा म्हणजे फर्स्ट एम. बी. बी. एस.च्या टप्प्याचे महत्त्व. वैद्यकपूर्व परीक्षेचा अभ्यासक्रम आणि वैद्यक अभ्यासक्रम यांमध्ये फार मोठे अंतर असते. वर्गातले शिकवणे बहुतेकांना आरंभी फारसे कळत नाही. ही अडचण खुल्या स्पर्धेतून येणाऱ्या विद्यार्थ्यांचीही होत असावी. ऊर दडपून जावा अशी जाडजूड पुस्तके. त्यांतली अपरिचित अवघड परिभाषा. वैद्यक महाविद्यालयात प्रवेश मिळाल्याचा एका बाजूला थोडासा कैफ चढलेला असतो आणि त्याच वेळी मन धास्तावूनही जात असते. परिश्रम पुरेसे घेतले तर अभ्यासक्रम चांगल्या प्रकारे पेलू शकतो; पण असे परिश्रम घेणारे विद्यार्थी खूप कमी असतात, ही गोष्ट अनेकांना मान्य होती. पण काही डॉक्टरांचे प्रश्नावलीतील शेरे आणि मुलाखतीवेळचा खुलासा यांवरून आमचे मत असे झाले की, मिळालेल्या संधीची किंमत 'राखीव' विद्यार्थ्यांना कळत नाही असे नाही. त्यांच्या परीने ते अभ्यास पेलण्याचा प्रयत्न करतात. पण वेळीच योग्य मार्गदर्शन व मदत न मिळाल्याने उमेद खचल्यासारखी होते. खेपा करीत करीतच आपण अभ्यासक्रम पुरा करणार, ही वस्तुस्थिती म्हणून बरेचजण मानूनच चालत असावेत.

राखीव म्हणून प्रवेश मिळणाऱ्यांची बुद्धी अभ्यासक्रम न झेपण्याइतकी कमी असती तर अभ्यासक्रम अर्धवट सोडून जाणारे वा सोडून द्यावा लागणारे यांची संख्या पुष्कळ अधिक राहिली असती. त्यांची तयारी कमी पडते. खुल्या स्पर्धेतून येणाऱ्या काहींनाही फर्स्ट एम. बी. बी. एस. ला एखादी जास्त खेप करावी लागतेच. तयारी कमी असणे, कच्चेपणा आढळणे, भाषेची अडचण तीव्रतर असणे, अभ्यासाच्या उच्चवर्णीय/ब्राह्मणी सवयी नसणे यांसारख्या गोष्टी गृहीत धरायला हव्यात. राखीव जागांमधून प्रवेश घेणाऱ्यांनी पण हे उणेपण मोकळेपणाने मान्य करून ते दूर करण्यासाठी विशेष व व वेगळे अधिकचे परिश्रम करावे लागण्याची गरज मान्य करायला हवी, असे आमचे मत बनले.

राखीव विद्यार्थ्यांना वेगळे काढून, त्यांच्या विवक्षित जातिजमातींशी बौद्धिक क्षमतेचा संबंध जोडून वा सुचवून कोणतेही उपक्रम राबवायचे म्हटले तर त्यांना प्रतिकार करण्याकडे कल आढळणे स्वाभाविक आहे. पूर्वी अधूनमधून 'रेमेडियल' स्वरूपाचे उपक्रम केले गेले. त्यांना विद्यार्थ्यांचा प्रतिसाद मिळाला नाही अशी माहिती एकीकडे आम्हाला मिळत असतानाच या महत्त्वाच्या प्रारंभिक टप्प्यावर पुढाकार घेऊन मार्गदर्शन व मदत करणाऱ्या, धीर वाढविणाऱ्या एक-दोन प्राध्यापकांचे स्मरणही केले जात होते. आम्हाला असे सुचवावेसे वाटते की कीव करण्याच्या वा उपकाराच्या भावनेने नाही, तर मैत्री व सहानुभाव यांच्या आधारे काही हुशार ज्येष्ठ विद्यार्थी व ज्येष्ठ-कनिष्ठ प्राध्यापक यांनी नव्या विद्यार्थ्यांना अभ्यासविषयाची अभ्यासपद्धती, भाषा, इत्यादींबद्दल मार्गदर्शन व मदत करण्यास पुढाकार घेतला पाहिजे. कॉलेज सुरू झाल्यावर जी पहिली चाचणी होते, त्या चाचणीमध्ये ज्यांना किमान समाधानकारक कामगिरी करून दाखविण्यात अपयश येईल त्या सर्वांसाठी उपक्रम जर आयोजित केला, केवळ 'राखीवां'साठी म्हणून नाही, तर प्रतिसाद मिळेल असे एका डॉक्टरांनी सांगितले. ही सूचना विचारात घेण्यासारखी आहे.

फर्स्ट एम. बी. बी. एस. च्या टप्प्यावर विद्यार्थ्यांच्या ठायी आत्मविश्वास उत्पन्न करता येण्यास पुरेसे महत्त्व दिले जायला हवे. या दृष्टीने या टप्प्यावरच्या प्राध्यापकांना महत्त्वाची भूमिका पार पाडावयाची असते. फर्स्ट एम. बी. बी. एस.चे नॉन-क्लिनिकल विषय पायाभूत असले तरी ते शिकविणाऱ्या प्राध्यापकांना मान, प्रतिष्ठा कमी दिली जाते असे

दिसते. काही डॉक्टरांनी प्रश्नावलीमध्ये तक्रार केली होती की प्राध्यापक सारखे बदलत असतात, नवशिके असतात व त्यांना शिकविण्यात रस नसतो. ही वस्तुस्थिती असेल तर ती पालटण्यासाठी काय करता येईल याचा विचार व्हायला हवा. आम्हाला असेही सुचवावेसे वाटते की, या अगदी आरंभीच्या टप्प्यावर विद्यार्थ्यांची गाठभेट काही सहृदय ज्येष्ठ व्यावसायिक डॉक्टर-अध्यापकांशी पडली पाहिजे. त्यांच्या शिकवण्यामधून विद्यार्थ्यांचा विषयप्रवेशही व्हायला हवा आणि त्याच वेळी वैद्यक शास्त्राविषयीची एक सम्यक दृष्टीही त्यांना प्राप्त व्हायला हवी.

५·७. वैद्यकीय अभ्यासक्रमाची फेररचना

वैद्यक अभ्यासक्रम मराठी भाषेमधून शिकविण्याइतकी आज आपली तयारी नाही. भारतभर एक प्रमाण अभ्यासक्रम असावा, इकडचे विद्यार्थी तिकडे जाऊ शकावेत या दृष्टीने तो इंग्रजीत असावा असेही आवश्यक वाटेल. बराच काळ पुस्तकेही (व परिभाषाही) परभाषेतच राहतील. हे सारे मान्य केल्यावरही, शिकविण्याच्या कामी इंग्रजीचा बडेजाव न ठेवता मराठीचा वापर प्रारंभिक टप्प्यावर कोठे व कसा करता येईल हे पाहायला हवे. परप्रांतातील विद्यार्थ्यांना काही प्रमाणात प्रवेश देण्याचे धोरण या दृष्टीने ग्रामीण व स्थानिक भाषिक पार्श्वभूमी घेऊन येणाऱ्या विद्यार्थ्यांना प्रतिकूल जाणारे आहे. मराठीचा सुयुक्त वापर वाढवून विद्यार्थ्यांच्या मनावरील ताण व बोजा कमी करण्यातून आणि दुसरीकडे ग्रंथवाचन-भाषा म्हणून इंग्रजीची क्षमता वाढविण्यातून 'राखीव' विद्यार्थ्यांपैकी बहुतेकांची शैक्षणिक कामगिरी सरस होऊ लागेल यात काही शंका नाही.

जो जितका मागास तितका तो जास्त बुजरा, आपण काहीतरी चूक करून हास्यास्पद ठरू या भीतीने जास्त ग्रस्त, शहरी चटपटीत विद्यार्थ्यांसमोर दडपून जाणारा असे चित्र आढळते. आदिवासी व दलित यांच्यातील बऱ्याच जणांचा स्वत:च्या व इतरांच्या संदर्भात असा अनुभव होता. सेकंड व थर्ड एम. बी. बी. एस. या टप्प्यावर आज अशी स्थिती आहे की जो धिटाईने पुढे होईल, बोलेल, टोमणे-बोलणी-अधिक्षेप सहन करूनही चिवटपणे पिच्छा पुरवील तो पुष्कळ जास्त शिकेल. मागे मागे राहणाऱ्यास आजची व्यवस्था वाऱ्यावर सोडून देते. त्याची किंमत तो विद्यार्थी देतो. 'अबोल, मूक संस्कृती' मधून येणाऱ्या दलित/मागासवर्गीय विद्यार्थ्यांचा मोठा गट वैद्यक शाखेकडे येत नव्हता तेव्हा कदाचित ही पद्धती ठीक होती. विद्यार्थी सांस्कृतिक व सामाजिक दृष्ट्या एकाच थरामधून बव्हंशी येत असल्याने व हा श्रेष्ठी वर्ग असल्याने बुजण्याचा, दडपले जाण्याचा धोका सहसा नव्हता. व्यक्तिवैशिष्ट्यानुसार काही फरक पडेल तो भाग वेगळा. पण 'राखीव' जागांच्या निर्मितीनंतर बदललेल्या परिस्थितीला अनुरूप असे बदल घडून येणे जरुरीचे आहे.

समाजाच्या वेगळ्या थरांमधून विद्यार्थी धोरण म्हणून वैद्यक अभ्यासक्रमासाठी घेतले जात आहेत, त्यांच्या काही विशेष गरजा आहेत, आणि त्या ध्यानात घेऊन आपले शिकविणे व्हायला हवे याची जाणीव प्राध्यापकांमध्ये असण्याला महत्त्व आहे. त्याबरोबरच या विद्यार्थ्यांविषयी त्यांच्या ठायी सहानुभाव असण्याची, त्यांचे जे काही उणेपण असेल ते दूर करून त्यांच्यामधून उत्तम प्रतीचे डॉक्टर निर्माण करण्याचे आव्हान ईर्ष्येने पेलावे असे वाटण्याची मोठी गरज आहे. बहुतेक डॉक्टरांच्या मुलाखतींवरून लक्षात येणारी गोष्ट अशी की, 'क्लिनिक्स' नावाचा जो महत्त्वाचा भाग असतो तेथे मागे मागे राहण्याकडे, दांडचा मारण्याकडे या विद्यार्थ्यांचा कल होता. चारचौघा विद्यार्थ्यांच्या समोर 'केस प्रेझेंट' करणे ही सर्वांत जिवावरची गोष्ट त्यांना वाटते. याची दोन कारणे दिसतात. एक, वर उल्लेखिलेली मुखदुर्बलता, बुजरेपणा व भीती. दुसरे, प्राध्यापकांचे शिकविणे चुणचुणीत, हुशार शहरी मुलांशी अधिक जुळवणूक करून घेणारे असते.

नेमके कोणते व कोणत्या ठिकाणी बदल करावयास हवेत याची मांडणी करण्यासाठी वैद्यकीय महाविद्यालयातील शिकविण्यासंबंधी पुष्कळ अधिक माहिती हवी, जी आम्हाला अर्थातच नाही. एक-दोन डॉक्टरांशी झालेल्या बोलण्यातून आम्हाला जे आकलन झाले त्याआधारे पुढील काही गोष्टी सुचतात : वैद्यक ज्ञान, कौशल्य व नैपुण्य यांत पढिक अभ्यासापेक्षा काकणभर जास्त महत्त्व प्रात्यक्षिक वस्तुपाठाला व स्वत: करून पाहण्याला, पुन:पुन्हा करून सराव करण्याला, जाण प्रगल्भ व सूक्ष्म करण्याला आहे. अळंटळं न करता प्रत्येक विद्यार्थ्यास अनुभवी व्यक्तींच्या समोर पायाभूत गोष्टी पुन:पुन्हा स्वत:च्या हातांनी करीत शिकाव्या लागतील,





तशा त्या शिकण्यास प्रोत्साहन व सवड देणारी व्यवस्था व वातावरण असेल हे पाहायला हवे. येथे परत भाषेचा प्रश्न महत्त्वाचा आहे. शिक्षणाच्या या टप्प्यावर मातृभाषेच्या/प्रादेशिक भाषेच्या द्वारे व्यवहार करता आला तर केवळ राखीव विद्यार्थ्यांनाच नव्हे, तर इतरही बऱ्याच विद्यार्थ्यांना फायदा होईल. रुग्णांशी तर त्यांच्या भाषेतच बोलावे लागते. इस्पितळातल्या परिचारिका याही अनौपचारिक पातळीवर विद्यार्थ्यांचे शिक्षण करण्यात महत्त्वाची भूमिका पार पाडीत असतात. येथेही मातृभाषा/प्रादेशिक भाषा यांचा वापर काही प्रमाणात होत असणार. शिक्षणाच्या प्रक्रियेतील मातृभाषा/प्रादेशिक भाषेच्या वापरास अधिकृतपणे मान्यता व प्रतिष्ठा दिली, डॉक्टर नसलेल्या अनुभवी ज्येष्ठ परिचारिका व अन्य साहाय्यक (पॅरा-मेडिकल) कर्मचारी यांना औपचारिक भूमिका (रोल) दिली, आणि कनिष्ठ प्राध्यापकांना विद्यार्थी-अभिमुख होण्यास प्रोत्साहन दिले तर मौलिक फरक पडेल असे आम्हाला वाटते. येथेही काही नामवंत आदरणीय ज्येष्ठ प्राध्यापक-डॉक्टरांनी सामाजिक जाणीव प्रकट करून उदाहरण घालून देण्याची व परंपरा निर्माण करण्याची गरज आहे.

५·८. समारोप

विविध प्रकारचे मागासलेपण व दुबळेपण पिढ्यान् पिढ्या मुरलेले असल्याने, ते समाजव्यवस्थेशी संरचनात्मक दृष्ट्या निगडित असल्याने काही कच्चेपण व उणेपण–जे गुणांच्या खालच्या टक्केवारीमधून अभिव्यक्त होते असे म्हणता येईल–असले तरी जागा राखीव ठेवून प्रवेश दिला जावा हा युक्तिवाद आम्ही मान्य करतो. पुढे जाऊन आमचे म्हणणे असे की, असे कच्चेपण व उणेपण घेऊन प्रवेश घेणाऱ्या विद्यार्थिगटाला खुल्या स्पर्धेतल्या विद्यार्थ्यांच्या बरोबरीने येण्यासाठी अभ्यासाच्या संदर्भात वेगळे व विशेष परिश्रम करण्याची गरज असेल ही गोष्टही वरील मागासलेपणामधून अटळपणे व स्वाभाविकपणे निष्पन्न होते. राखीव जागांच्या समर्थकांनी याची दखल पुरेशी घेतलेली नाही; मोकळ्या मनाने एक गरज म्हणून त्यास मान्यता दिलेली नाही. राखीव विद्यार्थीही 'आपण कशातच कमी नाही' अशी वृत्ती धारण करतात नुकसान त्यांचे व पर्यायाने समाजाचे होते.

विभिन्न प्रकारची प्रतिकूलता असूनही एखाद्या दलित/मागासवर्गीय विद्यार्थ्याने ६५–७० टक्के गुण मिळविले तर, ८५–९० टक्के गुण मिळविणाऱ्याच्या बरोबरीने त्याचे कौतुक करावे, दोन्ही टक्केवाऱ्यांची किंमत सारखी धरून द/मा विद्यार्थ्यास प्रवेश द्यावा हे योग्य आहे. दोघांची उपजत बुद्धी सारख्याच तोलामोलाची असण्याची शक्यता आहे. आणि तरीही, एकास मिळालेले ८५–९० टक्के गुण व दुसऱ्यास मिळालेले ६५–७० टक्के गुण हे, वैद्यक अभ्यासक्रम पूर्ण करण्याच्या व्यावहारिक संदर्भात, दोघांमध्ये असलेले अंतरही दाखवतात, असे म्हटले पाहिजे. वैद्यक महाविद्यालयात प्रवेश मिळाल्यावर हे अंतर भरून काढण्यासाठी काही अधिक गोष्टी व परिश्रम 'राखीव' विद्यार्थ्यांनी केले पाहिजेत, असा आग्रह समाजाने धरला तर ती गोष्ट अनुचित तर नाहीच पण या विद्यार्थ्यांच्या हिताचीही ठरेल, असे आम्हाला वाटते. या विद्यार्थ्यांची अप्रतिष्ठा न करता, हे अंतर भरून काढण्यास साहाय्यभूत असे उपक्रम चालवून, वैद्यक अभ्यासक्रम शिकविण्याच्या पद्धतीत व व्यवस्थेत आवश्यक बदल करून या विद्यार्थ्यांना संधी देण्याची जबाबदारीही, अर्थात, समाजाची/शासनाची आहे. प्रश्नावली भरताना दोघा-चौघा डॉक्टरांनी या मुद्द्याला स्पर्श केला. विद्यार्थ्याला प्रवेश दिला, काही सोयी उपलब्ध करून दिल्या आणि छात्रवृत्ती दिली की, आपले कर्तव्य संपले असे शासन मानते. या विद्यार्थ्यांच्या अद्यापिही काही शैक्षणिक समस्या व गरजा असतील याकडे ध्यान जात नाही. बहुतेक विद्यार्थी त्यांच्या त्यांच्या परीने मेहनत घेतात. पण ती कमी पडते. खेपा लागतात, गुणांची टक्केवारी कमी राहते. समाज त्यावरूनही दूषण द्यायला तयारच. आपल्यातील कमतरता द/मा विद्यार्थ्यांनी मोकळेपणाने स्वीकारून त्यांची भरपाई करण्यासाठी तयारी दाखवावी आणि ती भरपाई करून घेण्याची जबाबदारी पुढारलेल्या घटकांनी (यात प्राध्यापकांबरोबर विद्यार्थीही आले) स्वीकारावी. असे समंजस सहकार्य घडून येणे आज निकडीचे आहे.

हे मासिक श्री. ग. दीक्षित यांनी दी प्राज्ञ प्रेस, ३१५ गंगापुरी, वाई येथे छापून
मे. पुं. रेगे यांनी प्राज्ञपाठशाळामंडळ, वाई यांच्याकरिता तेथेच प्रसिद्ध केले.

अनुक्रमणिका



